



LISTE DES MÉDICAMENTS

Établissements

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISSN 2369-5250
978-2-555-04123-3 (PDF)

Québec, le 23 juin 2026

Avis

Liste des médicaments – Établissements

25 juin 2026

Important

Sommaire

- Renseignements généraux
 - Classes pharmacothérapeutiques
 - Index alphabétique
 - Programme médicaments (ITSS)
 - Programme médicaments (TUBERCULOSE)
 - Programme médicaments (PILULE ABORTIVE)
 - Programme médicaments (NALOXONE)
-

INTRODUCTION

La Régie de l'assurance maladie du Québec publie, à l'intention des établissements de santé, la présente Liste des médicaments — Établissements, dressée par le ministre de la Santé après avoir considéré les recommandations formulées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux conformément à l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S 4.2) et modifiant diverses dispositions législatives.

L'objectif de ce manuel est donc de renseigner les médecins, les dentistes et les pharmaciens oeuvrant en établissement, sur les médicaments qui peuvent y être utilisés.

**TABLE
DES MATIÈRES**

TABLE DES MATIÈRES

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. PRÉPARATION DE LA LISTE DES MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS	1
1.1. Rôle de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux	1
1.2. Choix des médicaments	1
2. CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS	2
2.1. Système de classification	2
2.2. Regroupement des médicaments dans la Liste	2
3. CODIFICATION DES MÉDICAMENTS	2
3.1. Système de codification	2
4. FORMES PHARMACEUTIQUES ET TENEUR EN INGRÉDIENT(S) ACTIF(S)	2
4.1. Formes pharmaceutiques	2
4.2. Teneur en ingrédients actifs	2
5. FABRICANTS	3
5.1. Répertoire	3
6. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION	3
6.1. Définition	3
6.2. Présentation	3
6.3. Utilisation	3
6.4. Indications	3
7. MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES	3
7.1. Définitions	3
7.2. Règle générale	3
7.3. Maintien à la Liste	4
7.4. Transition vers un autre médicament biologique	4
8. PRÉSENTATION DES MÉDICAMENTS DANS LA LISTE DES MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS	5
8.1. Dénominations communes	5
8.2. Formes pharmaceutiques et teneur en ingrédient(s) actif(s)	5
8.3. Marques de commerce et fabricants	5
9. INDEX ALPHABÉTIQUE	5

ANNEXE I : Classification des médicaments

ANNEXE II : Liste des formes pharmaceutiques et leur abréviation

ANNEXE III : Répertoire des fabricants

ANNEXE IV : Médicaments d'exception / Critères d'utilisation reconnus par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

ANNEXE IV.1 : Médicaments d'exception / Poursuite d'un traitement en cours

ANNEXE V : Avis au ministre de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

CLASSES PHARMACOTHÉRAPEUTIQUES*

Sections :

4:00	Antihistaminiques
8:00	Anti-infectieux
10:00	Antinéoplasiques
12:00	Médicaments autonomes
20:00	Agents de formation du sang
24:00	Médicaments cardiovasculaires
26:00	Thérapie cellulaire et génétique
28:00	Agents du système nerveux central
36:00	Agents diagnostiques
40:00	Équilibre électrolytique
44:00	Enzymes
48:00	Agents des voies respiratoires
52:00	Préparations yeux, oreilles, nez et gorge
56:00	Médicaments gastro-intestinaux
64:00	Antagonistes des métaux lourds
68:00	Hormones et substituts synthétiques
72:00	Anesthésiques locaux
76:00	Ocytociques
78:00	Agents radioactifs
80:00	Antitoxines, immunoglobulines, anatoxines, vaccins
84:00	Agents de la peau et des muqueuses
86:00	Agents relaxant des muscles lisses
88:00	Vitamines
90:00	Agents immunomodulateurs
91:00	Agents thérapeutiques
92:00	Divers agents thérapeutiques
94:00	Appareils

INDEX ALPHABÉTIQUE

PROGRAMME MÉDICAMENTS (ITSS)

PROGRAMME MÉDICAMENTS (TUBERCULOSE)

PROGRAMME MÉDICAMENTS (PILULE ABORTIVE)

PROGRAMME MÉDICAMENTS (NALOXONE)

* L'usage du système de classification pharmacothérapeutique de l'American Hospital Formulary Service (AHFS®) a été autorisé © 2025 par l'American Society of Health-System Pharmacists, Inc. (ASHP). L'ASHP décline toute responsabilité quant à l'exactitude des transpositions, des additions ou des extraits tirés hors de leur contexte original. Pour toute information concernant les médicaments, veuillez consulter l'AHFS Drug Information®. L'usage du système de classification AHFS®, ou tout ou en partie, par quelque personne que ce soit, est restreint exclusivement pour un usage d'opérationnalisation de la Liste de médicaments publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Toute autre utilisation à quelques autres fins que ce soit, durant la publication de ladite Liste ou subséquentement, est strictement interdite.

**RENSEIGNEMENTS
GÉNÉRAUX**

1. PRÉPARATION DE LA LISTE DES MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS

1.1. Rôle de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a notamment pour rôle d'assister le ministre de la Santé dans la mise à jour de la Liste des médicaments – Établissements, conformément aux dispositions de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives. À cette fin, l'INESSS donne son avis sur la valeur thérapeutique de chaque médicament, la justesse du prix; le rapport entre le coût et l'efficacité du médicament et les conséquences de l'inscription du médicament à la Liste sur la santé de la population et sur les autres composantes du système de santé, le cas échéant.

Pour toute information relative aux médicaments inscrits sur la présente Liste, veuillez communiquer avec l'INESSS à l'adresse suivante :

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Courrier électronique : inesss@inesss.qc.ca
Site Web : <https://www.inesss.qc.ca>

1.2. Choix des médicaments

Le ministre de la Santé tient compte notamment des éléments énumérés ci-dessous dans le choix des médicaments paraissant sur la Liste des médicaments du régime général, sur la Liste des médicaments – Établissements ainsi que sur chacune des mises à jour.

Ces éléments sont les suivants :

1. Chaque médicament doit être déclaré au Programme des produits thérapeutiques de Santé Canada et porter le numéro d'identification (DIN) assigné par cet organisme. Pour les drogues nouvelles au sens de la Loi des aliments et drogues, le requérant doit fournir copie de l'avis de conformité et, dans le cas d'un avis de conformité conditionnel, copie de la lettre d'engagement remise à Santé Canada;
2. Seuls les médicaments possédant une valeur thérapeutique démontrée scientifiquement peuvent être considérés pour inscription;
3. Seules les préparations pharmaceutiques simples, c'est-à-dire ne renfermant qu'un seul principe actif, sont considérées pour inscription; toutefois, une association médicamenteuse peut être considérée pour inscription s'il est démontré qu'elle possède une plus grande valeur thérapeutique que chacun des ingrédients pris isolément ou qu'elle présente des avantages thérapeutiques particuliers;
4. L'inscription d'un médicament ou d'une nouvelle présentation d'un médicament est fonction de ses avantages thérapeutiques en relation avec le coût du traitement;
5. Le prix d'un médicament inscrit sur la *Liste des médicaments* du régime général d'assurance médicaments ne doit pas être supérieur à celui consenti dans les programmes d'assurance médicaments des autres provinces pour le même médicament.

L'INESSS doit prendre en considération ces éléments avant de formuler un avis du ministre de la Santé.

2. CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS

2.1. Système de classification

Les médicaments de la Liste sont regroupés conformément au système de classification élaboré par l'American Hospital Formulary Service. Il s'agit d'une classification pharmacothérapeutique, comportant un code de classification identifiant chaque classe thérapeutique de médicaments. Ainsi le numéro 4:00 a été attribué aux antihistaminiques, 8:00 aux anti-infectieux, etc. De plus, chaque classe est divisée en sous-classes, ces dernières étant également subdivisées, s'il y a lieu; par exemple, au sein de la classe des anti-infectieux (8:00), le code 8:12 réfère aux antibactériens alors que le code 8:12.16 identifie les pénicillines.

L'autorisation d'utiliser ce système de classification a été obtenue de l'American Society of Hospital Pharmacists :

« L'usage du système de classification pharmacothérapeutique de l'American Hospital Formulary Service (AHFS®) a été autorisé © 2025 par l'American Society of Health-System Pharmacists, Inc. (ASHP). L'ASHP décline toute responsabilité quant à l'exactitude des transpositions, des additions ou des extraits tirés hors de leur contexte original. Pour toute information concernant les médicaments, veuillez consulter l'AHFS Drug Information®. L'usage du système de classification AHFS®, ou tout ou en partie, par quelque personne que ce soit, est restreint exclusivement pour un usage d'opérationnalisation de la Liste de médicaments publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Toute autre utilisation à quelques autres fins que ce soit, durant la publication de ladite Liste ou subséquemment, est strictement interdite. »

2.2. Regroupement des médicaments dans la Liste des médicaments - Établissements

La Liste des médicaments – Établissements comporte un certain nombre de sections correspondant à des classes thérapeutiques. Ces classes et leurs sous-classes ainsi que les codes de classification utilisés sont reproduits à l'annexe I.

3. CODIFICATION DES MÉDICAMENTS

3.1. Système de codification

La Direction générale de la protection de la santé a mis au point un système de codification des médicaments comportant un numéro d'ordre à huit (8) chiffres qui identifie chaque médicament (DIN). Ce système de codification est généralement utilisé aux fins de la présente Liste.

4. FORMES PHARMACEUTIQUES ET TENEUR EN INGRÉDIENT(S) ACTIF(S)

4.1. Formes pharmaceutiques

Aux fins de la présente Liste, la terminologie utilisée pour identifier les diverses formes pharmaceutiques a été standardisée. Une Liste des abréviations et de leur signification respective figure à l'annexe II.

On encourage les professionnels de la santé à utiliser cette nomenclature dans les publications circulant à l'intérieur du réseau des Affaires sociales.

4.2. Teneur en ingrédients actifs

La teneur en ingrédients actifs de chaque médicament a été uniformisée. Ainsi, selon le cas, elle est exprimée en milligrammes (mg), en unités (U), en millimoles (mmoles) ou en milliéquivalents (mEq) par entité posologique, par gramme (g), par millilitre (ml) ou encore en pourcentage (%). De plus, les teneurs exprimées selon le système avoirdupois ont été converties dans les unités du système international correspondantes.

5. FABRICANTS

5.1. Répertoire

Dans la présente Liste, les fabricants sont indiqués sous leur nom abrégé le plus généralement connu ou encore sous un sigle qui leur est propre. Le répertoire des fabricants figure à l'annexe III.

6. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

6.1. Définition

Est un médicament d'exception, le médicament pour lequel l'INESSS recommande des critères d'utilisation ou le médicament maintenu à la Liste aux seules fins de poursuivre un traitement en cours, avec ou sans indication thérapeutique particulière.

6.2. Présentation

Les médicaments qui répondent à cette définition sont identifiés par un symbole particulier dans la Liste.

6.3. Utilisation

Compte tenu du caractère particulier de ces médicaments, ils devraient être considérés de façon spéciale dans un établissement.

6.4. Indications

Les critères d'utilisation d'un médicament recommandés par l'INESSS sont énumérés à l'annexe IV.

Les médicaments maintenus à la Liste aux seules fins de poursuivre un traitement sont énumérés à l'annexe IV.1, avec les indications thérapeutiques particulières indiquées, le cas échéant. Le traitement doit avoir commencé avant la date indiquée à cette annexe.

7. MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES

7.1. Définitions

Un médicament biologique est un médicament produit à partir de cellules vivantes, telles que les cellules animales, les bactéries ou les levures. Un médicament biosimilaire est une copie très similaire d'un médicament biologique. Lorsqu'un médicament biosimilaire est commercialisé, le médicament biologique d'origine auquel il est comparé et nommé le médicament biologique de référence.

7.2. Règle générale

L'inscription, lors de deux mises à jour consécutives de la Liste, d'un médicament biosimilaire met fin à la couverture de son médicament biologique de référence à compter de la mise à jour suivante de cette Liste. À partir de cette dernière mise à jour, seul le médicament biosimilaire à ce médicament biologique de référence est maintenu à la Liste sauf dans les cas prévus au point 7.3..

7.3. Maintien à la Liste

Les médicaments biologiques de référence énumérés à l'annexe IV.1 sont maintenus à la présente Liste aux seules fins de poursuivre un traitement en cours dans les cas suivants :

1. *(paragraphe abrogé)*;
2. pour la femme enceinte, incluant les douze (12) mois suivant l'accouchement;
3. pour la personne âgée de moins de 18 ans;
4. pour la personne qui présente un échec thérapeutique avant le début du traitement avec le médicament biologique de référence à au moins deux autres médicaments biologiques :
 - a) de dénominations communes différentes de celle du médicament biologique de référence et entre eux;
 - b) utilisés pour traiter la même condition médicale.

Malgré le point 7.2., le Humalog^{MC} est maintenu à la présente Liste si la personne en cours de traitement avec ce médicament le reçoit par pompe à insuline et si elle a commencé ce traitement avant le 3 mars 2021.

Malgré le point 7.2., le Lucentis^{MC} est maintenu à la présente Liste si la personne en cours de traitement avec ce médicament est monoculaire et si elle a commencé le traitement avant le 13 décembre 2023.

Malgré le point 7.2., le NovoRapid^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (10 mL) est maintenu à la présente Liste si la personne en cours de traitement avec ce médicament le reçoit par pompe à insuline et si elle a commencé le traitement avant le 4 juillet 2024.

Malgré le point 7.2., le Eylea^{MC} est maintenu à la présente Liste si la personne en cours de traitement avec ce médicament est monoculaire et si elle a commencé le traitement avant le 6 novembre 2025.

7.4. Transition vers un autre médicament biologique

Lorsqu'un médicament biologique de référence est maintenu à la présente Liste uniquement dans les cas prévus au point 7.3. à la suite de l'inscription d'un médicament biosimilaire à ce médicament, la personne qui a obtenu ce médicament ne peut obtenir un autre médicament biologique d'origine à moins que le prescripteur confirme qu'il y a eu un échec thérapeutique au médicament biologique de référence.

Malgré le premier alinéa, la personne qui a obtenu le Eylea^{MC} peut obtenir le Eylea^{MC} HD.

8. PRÉSENTATION DES MÉDICAMENTS DANS LA LISTE DES MÉDICAMENTS – ÉTABLISSEMENTS

8.1. Dénominations communes

Chaque médicament est présenté suivant l'ordre alphabétique de sa dénomination commune au sein de chaque classe pharmacothérapeutique. Il est possible que différents sels d'un même médicament soient regroupés au sein d'une même dénomination commune, par exemple : morphine (chlorhydrate ou sulfate de).

8.2. Formes pharmaceutiques et teneur en ingrédient(s) actif(s)

Au sein de chaque dénomination commune, chaque médicament est généralement inscrit suivant l'ordre alphabétique de sa forme pharmaceutique. Cependant, il arrive parfois que certaines formes pharmaceutiques, destinées à la même voie d'administration, soient regroupées au sein d'une même dénomination commune. S'il arrive qu'une même forme pharmaceutique comporte différentes teneurs en ingrédients actifs, ces teneurs sont indiquées par ordre croissant.

8.3. Marques de commerce et fabricants

Les marques de commerce figurent au regard du nom de leur fabricant.

9. INDEX ALPHABÉTIQUE

Les dénominations communes françaises et anglaises, de même que leurs marques de commerce correspondantes, sont présentées par ordre alphabétique. L'index comporte également les synonymes les plus usuels de dénominations communes, s'il y a lieu.

ANNEXE I : CLASSIFICATION DES MÉDICAMENTS

ANTI-HISTAMINIQUES	4:00	MYORELAXANTS À ACTION DIRECTE	12:20.08
ANTI-HISTAMINIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION	4:04	MYORELAXANTS DÉRIVÉS ACIDE	12:20.12
DÉRIVÉS DE PHÉNOTHAZINE	4:04.12	GAMMA-AMIN. (GABA)	
ANTI-HISTAMINIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION	4:08	AGENTS BLOQUANTS	12:20.20
ANTI-INFECTIEUX	8:00	NEUROMUSCULAIRES	
ANTHELMINTIQUES	8:08	MYORELAXANTS, DIVERS	12:20.92
ANTIBACTÉRIENS	8:12	AGENTS DE FORMATION DU SANG	20:00
AMINOSIDES	8:12.02	MÉDICAMENTS ANTIANÉMIQUES	20:04
CÉPHALOSPORINES	8:12.06	PRÉPARATIONS DE FER	20:04.04
BÊTA-LACTAMINES DIVERSES	8:12.07	AGENTS ANTITHROMBOTIQUES	20:12
MACROLIDES	8:12.12	ANTICOAGULANTS	20:12.04
PÉNICILLINES	8:12.16	AGENTS ANTIPLAQUETTAIRES	20:12.14
QUINOLONES	8:12.18	INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION	20:12.18
SULFAMIDES	8:12.20	PLAQUETTAIRE	
TÉTRACYCLINES	8:12.24	AGENTS THROMBOLYTIQUES	20:12.20
ANTIBACTÉRIENS, DIVERS	8:12.28	AGENTS HÉMATOPOÏÉTIQUES	20:16
ANTIFONGIQUES	8:14	AGENTS HÉMORHÉOLOGIQUES	20:24
ALLYLAMINES	8:14.04	AGENTS ANTIHÉMORRAGIQUES	20:28
AZOLES	8:14.08	AGENTS ANTI-HÉPARINE	20:28.08
ÉCHINOCANDINES	8:14.16	HÉMOSTATIQUES	20:28.16
POLYÈNES	8:14.28	MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES	24:00
ANTIMYCOBACTÉRIENS	8:16	MÉDICAMENTS POUR LE COEUR	24:04
ANTITUBERCULEUX	8:16.04	AGENTS ANTI-ARYTHMIQUES	24:04.04
ANTIMYCOBACTÉRIENS, DIVERS	8:16.92	AGENTS CARDIOTONIQUES	24:04.08
ANTIVIRAUX	8:18	MÉDICAMENTS POUR LE COEUR, DIVERS	24:04.92
ADAMANTANES	8:18.04	AGENTS HYPOLIPIDÉMIANTS	24:06
ANTIRÉTROVIRAUX	8:18.08	CHÉLATEURS DES ACIDES BILIAIRES ..	24:06.04
INTERFÉRONS	8:18.20	INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL	24:06.05
ANTICORPS MONOCLONAUX	8:18.24	DÉRIVÉS DE L'ACIDE FIBRIQUE	24:06.06
INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE ...	8:18.28	INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE	24:06.08
NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES	8:18.32	INH. PCSK9 (PROPROT. CONV. SUBT./ KEXINE T.9)	24:06.24
ANTIVIRAUX DU VHC	8:18.40	AGENTS HYPOLIPIDÉMIANTS, DIVERS ..	24:06.92
ANTIVIRAUX, DIVERS	8:18.92	AGENTS VASODILATATEURS	24:08
ANTIPROTOZOAIRES	8:30	NITRATES ET NITRITES	24:08.08
AMOEBICIDES	8:30.04	INHIBITEURS DE LA PHOSPHODIESTÉRASE DE TYPE 5	24:08.12
ANTIPALUDIQUES	8:30.08	VASODILATATEURS À ACTION DIRECTE	24:08.16
ANTIPROTOZOAIRES, DIVERS	8:30.92	AGENTS VASODILATATEURS, DIVERS ..	24:08.92
ANTI-INFECTIEUX URINAIRES	8:36	AGENTS SCLÉROSANTS	24:12
ANTI-INFECTIEUX, DIVERS	8:92	ALPHABLOQUANTS	24:16
ANTINÉOPLASIQUES	10:00	BÊTA-BLOQUANTS	24:20
MÉDICAMENTS AUTONOMES	12:00	AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES ...	24:24
AGENTS D'ARRÊT DU TABAGISME	12:02	INHIBITEURS CALCIFIQUES	24:28
AGENTS PARASYMPATHOMIMÉTIQUES (CHOLINERGIQUES)	12:04	DIHYDROPYRIDINES	24:28.08
AGENTS ANTICHOLINERGIQUES	12:08	INHIBITEURS CALCIFIQUES, DIVERS	24:28.92
ANTIMUSCARINIQUES/	12:08.08	INHIB. SYSTÈME RÉNINE-ANGIOTENSINE-ALDOSTÉRONÉ	24:32
ANTISPASMODIQUES		INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE	24:32.04
AGENTS SYMPATHOMIMÉTIQUES (ADRÉNERGIQUES)	12:12	ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II	24:32.08
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES ..	12:12.04	RÉCEPT. ANGIOTENSINE II ANTAGO./ ..	24:32.12
AGONISTES BÊTA-ADRÉNERGIQUES	12:12.08	INH. NÉPROLYSINE	
AGONISTES ALPHA ET BÊTA-ADRÉNERGIQUES	12:12.12		
AGENTS SYMPATHOLYTIQUES (INHIB. RÉCEPT. ADRÉNERG.)	12:16		
ALPHABLOQUANTS	12:16.04		
MYORELAXANTS	12:20		
MYORELAXANTS À ACTION CENTRALE ..	12:20.04		

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTÉRONÉ	24:32.20	FONCTION HYPOPHYSAIRE	36:66
THERAPIE CELLULAIRE ET GÉNIQUE	26:00	AGENTS RADIOGRAPHIQUES ET	36:68
THERAPIE GÉNÉTIQUE	26:12	AUTRES AGENTS D'IMAGERIE	36:84
AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX	28:00	TUBERCULOSE	40:00
CENTRAL	28:04	ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE	40:08
ANESTHÉSIIQUES GÉNÉRAUX	28:04.92	AGENTS ALCALINISANTS	40:10
ANESTHÉSIIQUES GÉNÉRAUX, DIVERS ..	28:08	DÉSINTOXIQUANTS DE L'AMMONIAQUE	40:12
ANALGÉSIIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES ...	28:08.04	PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT	40:18
AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON	28:08.08	AGENTS D'ÉLIMINATION D'IONS	40:18.18
CORTICOÏDES	28:08.12	AGENTS D'ÉLIMINATION DU	40:18.19
AGONISTES DES OPIOÏDES	28:08.92	POTASSIUM	40:18.19
AGONISTES PARTIELS DES OPIOÏDES ..	28:10	AGENTS RÉDUCTEURS DE	40:20
ANALGÉSIIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES, ...	28:10	PHOSPHATE	40:20
DIVERS	28:12	AGENTS CALORIQUES	40:28
ANTAGONISTES DES OPIOÏDES	28:12	DIURÉTIQUES	40:28.08
ANTICONSULSIVANTS	28:12.04	DIURÉTIQUES DE L'ANSE	40:28.12
BARBITURIQUES	28:12.08	DIURÉTIQUES OSMOTIQUES	40:28.16
BENZODIAZÉPINES	28:12.12	DIURÉTIQUES D'ÉPARGNE	40:28.20
HYDANTOÏNES	28:12.20	POTASSIQUE	40:28.24
SUCCINIMIDES	28:12.24	DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES	40:28.24
INHIBITEURS DES CANAUX IONIQUES ..	28:12.28	DIURÉTIQUES DE TYPE THIAZIDIQUE ..	40:28.92
ANTICONSULSIVANTS MÉDIÉS PAR LE	28:12.92	DIURÉTIQUES, DIVERS	40:36
GABA	28:16	SOLUTIONS D'IRRIGATION	40:92
ANTICONSULSIVANTS, DIVERS	28:16.04	ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE, DIVERS ..	44:00
AGENTS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES	28:16.08	ENZYMES	48:00
ANTIDÉPRESSEURS	28:20	AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES	48:02
ANTIPSYCHOTIQUES	28:20.04	AGENTS ANTIFIBROTIQUES	48:08
AGENTS ANOREXIGÈNES ET STIMUL.	28:20.32	ANTITUSSIFS	48:10
RESPIRAT. ET DU SNC	28:20.80	AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES	48:10.20
AMPHÉTAMINES	28:24	ANTAGONISTES DE L'INTERLEUKINE ..	48:10.24
STIMULANTS RESPIRATOIRES ET DU	28:24.08	ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS	48:10.32
SNC	28:24.92	AUX LEUCOTRIÈNES	48:14
AGENTS FAVORISANT L'ÉTAT DE	28:28	STABILISATEURS DE MASTOCYTES	48:14.04
VEILLE	28:32	MODUL. CFTR (RÉG. CONDUCT.	48:14.12
ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET	28:32.12	TRANSM. MUCOVISCIDOSE)	48:24
HYPNOTIQUES	28:32.28	CORR. CFTR (RÉG. CONDUCT.	48:24
BENZODIAZÉPINES	28:32.92	TRANSM. MUCOVISCIDOSE)	48:24
ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET	28:36	POTENT. CFTR (RÉG. CONDUCT.	48:24
HYPNOTIQUES; DIVERS	28:36.04	TRANSM. MUCOVISCIDOSE)	48:24
AGENTS ANTI-MANIAQUES	28:36.08	AGENTS MUCOLYTIQUES	48:24
AGENTS ANTICÉPHALÉE	28:36.12	AGENTS VASODILATATEURS	48:24
ANTAGONISTE PEPTIDE LIÉ AU GÈNE	28:36.32	AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES, ...	48:24
CALCITONINE (CGRP)	28:36.36	DIVERS	52:00
AGONISTES SÉLECTIFS DE LA	28:36.40	PRÉPARATIONS YEUX, OREILLES, NEZ ET	52:02
SÉROTONINE	28:36.42	GORGE	52:02
AGENTS ANTICÉPHALÉE, DIVERS	28:36.46	AGENTS ANTIALLERGIQUES	52:04
AGENTS ANTIPARKINSONIENS	28:36.50	ANTI-INFECTIEUX	52:04.04
ADAMANTANES	28:36.54	ANTIBACTÉRIENS	52:08
AGENTS ANTICHOLINERGIQUES	28:36.58	AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES	52:08.08
INHIB.	28:36.62	CORTICOSTÉROÏDES	52:08.20
CATÉCHOL-O-MÉTHYL-TRANSFÉRASE	28:36.66	AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON	52:16
(COMT)	28:36.70	CORTICOÏDES	52:24
PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE	28:36.74	ANESTHÉSIIQUES LOCAUX	52:24
AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA	28:36.78	MYDRIATIQUES	52:28
DOPAMINE	28:36.82	BAINS DE BOUCHE ET GARGARISMES ...	52:32
INHIBITEURS DE LA MONOAMINE	28:36.86	VASOCONSTRICTEURS	52:40
OXYDASE B	28:36.90	AGENTS ANTIGLAUCOMES	52:40.04
AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX	28:36.94	AGONISTES ALPHA-ADRENERGIQUES ..	52:40.08
CENTRAL, DIVERS	36:00	BÊTA-BLOQUANTS	52:40.12
AGENTS DIAGNOSTIQUE	36:04	INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE	52:40.20
INSUFFISANCE CORTICOSURRÉNALE ...	36:06	CARBONIQUE	52:40.28
DIABÈTE SUCRÉ	36:08	MIOTIQUES	52:40.92
FONCTION DE VÉSICULE BILIAIRE	36:10	ANALOGUES DE PROSTAGLANDINE	52:40.92
FONCTIONS RÉNALES	36:12	AGENTS ANTIGLAUCOMES, DIVERS	52:56
FONCTION THYROÏDIENNE	36:14	ANTAGON. FACTEUR CROISSANCE	52:56
		ENDOTHÉLIUM VASCULAIRE	

MÉDICAMENTS YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE ET DIVERS	52:92	AGONISTES DE LA SOMATOSTATINE	68:29.04
MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX ...	56:00	PROGESTATIFS	68:32
ANTIACIDES ET ADSORBANTS	56:04	AGENTS THYROÏDIENS ET ANTI-THYROÏDIENS	68:36
AGENTS ANTI-DIARRHÉIQUES	56:08	AGENTS THYROÏDIENS	68:36.04
CATHARTIQUES ET LAXATIFS	56:12	AGENTS ANTI-THYROÏDIENS	68:36.08
AGENTS CHOLÉLITHOLYTIQUES	56:14	ANESTHÉSIIQUES LOCAUX	72:00
DIGESTIFS	56:16	OCYTOCIQUES	76:00
ANTIÉMÉTIQUES	56:22	AGENTS RADIOACTIFS	78:00
ANTI-HISTAMINIQUES	56:22.08	ANTITOXINES, IMMUNOGLOBULINES, ANATOXINES, VACCINS	80:00
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS 5-HT ₃	56:22.20	EXTRAIT ALLERGÉNIQUE	80:02
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS NEUROKININE-1	56:22.32	ANTITOXINES ET IMMUNOGLOBULINES .	80:04
ANTIÉMÉTIQUES, DIVERS	56:22.92	ANATOXINES	80:08
AGENTS ANTI-ULCÉREUX ET ANTIACIDES	56:28	VACCINS	80:12
ANTAGONISTES D'HISTAMINE H ₂	56:28.12	AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES	84:00
PROSTAGLANDINES	56:28.28	ANTI-INFECTIEUX	84:04
PROTECTEURS	56:28.32	ANTIBACTÉRIENS	84:04.04
INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS	56:28.36	ANTIVIRAUX	84:04.06
AGENTS PROKINÉTIQUES	56:32	ANTIFONGIQUES	84:04.08
AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES	56:36	SCABICIDES ET PÉDICULICIDES	84:04.12
AGENTS IMMUNOMODULATEURS	56:44	ANTI-INFECTIEUX LOCAUX, DIVERS	84:04.92
MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX, DIVERS	56:92	AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES	84:06
ANTAGONISTES DES MÉTAUX LOURDS ...	64:00	CORTICOSTÉROÏDES	84:06.08
HORMONES ET SUBSTITUTS SYNTHÉTIQUES	68:00	AGENTS IMMUNOMODULATEURS	84:06.28
GLANDES SURRÉNALES	68:04	ANTI-PRURIGINEUX ET ANESTHÉSIIQUES LOCAUX	84:08
ANDROGÈNES	68:08	STIMULANTS CELLULAIRES ET PROLIFÉRANTS	84:16
CONTRACEPTIFS	68:12	ÉMOLLIENTS ET PROTECTEURS	84:24
ESTROGÈNES ET AGON.-ANTAGON. DES ESTROGÈNES	68:16	AGENTS KÉRATOLYTIQUES	84:28
ESTROGÈNES	68:16.04	AGENTS CÉROPLASTIQUES	84:32
ANTI-ESTROGÈNES	68:16.08	AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES, DIVERS	84:92
AGONISTES-ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES	68:16.12	AGENTS RELAXANT DES MUSCLES LISSES	86:00
GONADOTROPHINES ET ANTIGONADOTROPHINES	68:18	RELAXANTS MUSCLES LISSES SYST. GÉNITO-URINAIRE	86:12
ANTIGONADOTROPHINES	68:18.04	AGONISTES BÊTA-3-ADRÉNERGIQUES .	86:12.08
AGENTS ANTIDIABÉTIQUES	68:20	RELAXANTS MUSCLES LISSES VOIES RESPIRATOIRES	86:16
INHIBITEURS DE L'ALPHA-GLUCOSIDASE	68:20.02	VITAMINES	88:00
BIGUANIDES	68:20.04	COMPLEXE DE VITAMINE B	88:08
INHIBITEURS DE LA DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4)	68:20.05	VITAMINE C	88:12
MIMÉTIQUES DE L'INCRÉTINE	68:20.06	VITAMINE D	88:16
INSULINES	68:20.08	VITAMINE E	88:20
MÉGLITINIDES	68:20.16	ACTIVITÉ DE VITAMINE K	88:24
INHIB. DU COTRANSPORTEUR SODIUM-GLUCOSE 2 (SGLT2)	68:20.18	PRÉPARATIONS MULTIVITAMINÉES	88:28
SULFONYLURÉES	68:20.20	AGENTS IMMUNOMODULATEURS	90:00
THIAZOLIDINEDIONES	68:20.28	AGENTS CONTRE LA SCLÉROSE EN PLAQUES	90:04
AGENTS ANTIDIABÉTIQUES, DIVERS	68:20.92	ANITICORPS MONOCLONAUX	90:04.04
AGENTS ANTI-HYPOGLYCÉMIQUES	68:22	ANTIMÉTABOLITES	90:04.20
AGENTS GLYCOGÉNOLYTIQUES	68:22.12	POLYMÈRE D'ACIDES AMINÉS	90:04.24
DIVERS ANTI-HYPOGLYCÉMIANTS	68:22.92	AGENTS DE LA MYASTHÉNIE GRAVE	90:08
AGENTS PARATHYROÏDIENS ET ANTIPARATHYROÏDIENS	68:24	BLOQUEURS NÉONATALS DES RÉCEPTEURS FC	90:08.04
AGENTS ANTIPARATHYROÏDIENS	68:24.04	INHIBITEURS DU COMPLÉMENT	90:08.08
AGENTS PARATHYROÏDIENS	68:24.08	TROUBLE DU SPECTRE DE LA NEUROMYÉLITE OPTIQUE	90:12
HYPOPHYSE	68:28	ANTICORPS MONOCLONAUX	90:12.04
AGONISTES ET ANTAGONISTES DE LA SOMATOSTATINE	68:29	AGENTS MODIFICATEURS OSSEUX	90:16
		AGENTS INHIBITEURS DU COMPLÉMENT	90:20

ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS	90:24
DE LA MALADIE	
INHIBITEURS DE JANUS KINASE	90:24.12
INHIBITEURS DU FACTEUR DE	90:24.16
NÉCROSE TUMORALE	
AGENTS MÉDIÉS PAR LES	90:24.20
INTERLEUKINES	
ANTICORPS MONOCLONAUX IGG1	90:24.28
MÉDICAMENTS ANTIRHUMATISMAUX	90:24.92
MODIF.MALADIE, DIVERS	
THÉRAPIE IMMUNOSUPPRESSIVE	90:28
AGENTS INHIBITEURS DE	90:28.16
L'INTERLEUKINE	
INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE	90:28.28
ANTIDOTES THÉRAPEUTIQUES	91:00
DISSUASIFS CONTRE L'ALCOOL	91:02
ANTIDOTES	91:04
ANTIDOTES/PROTECTEURS DE	91:04.12
CHIMIOTHÉRAPIE	

DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES	92:00
INHIBITEURS DE LA	92:04
5-ALPHA-RÉDUCTASE	
AGENTS ANTIGOUTTEUX	92:16
OLIGONUCLÉOTIDES ANTISENS	92:18
AGENTS IMMUNOMODULATEURS	92:20
INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION	92:24
OSSEUSE	
AGENTS CARIOSTATIQUES	92:28
INHIBITEURS DU COMPLÉMENT	92:32
AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS	92:44
AGENTS PROTECTEURS	92:56
AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES	92:92
APPAREILS	94:00
HÔPITAL GÉNÉRAL ET USAGE	94:32
PERSONNEL	
APPAREILS THÉRAPEUTIQUES	94:32.20

ANNEXE II : LISTE DES FORMES PHARMACEUTIQUES ET LEUR ABRÉVIATION

Aéro. oral	Aérosol oral	Cr. Top.	Crème Topique
Aéro ou Vap Nasal	Aéro. ou Vap. Nasal	Cr. Top. (Emol.)	Crème Topique Emolliente
Anneau vag.	Anneau vaginal	Cr. Vag.	Crème Vaginale
Après-Shamp.	Après-Shampooing	Cr. Vag. (App.)	Crème Vaginale avec applicateur
Band.	Bandage	Elix.	Elixir
Caps.	Capsule	Emuls. Inj.	Emulsion Injectable
Caps. à saupoudrer	Capsule à saupoudrer	Emuls. oph.	Emulsion ophtalmique
Caps. Ent.	Capsule Entérique	Emuls. oph. (unidose)	Emulsion ophtalmique (unidose)
Caps. L.A.	Capsule Longue Action	Emuls. Top.	Emulsion Topique
Caps. L.A. (12 h)	Capsule Longue Action (12 h)	Film	Film
Caps. L.A. (24 h)	Capsule Longue Action (24 h)	Gaz	Gaz
Caps. LA ou Co. LA	Capsule Longue Action ou	Gel	Gel
	Comprimé Longue Action	Gel (App.Urétral)	Gel avec applicateur urétal
Caps. ou Co.	Capsule ou Comprimé	Gel Rectal	Gel Rectal
Cartouche	Cartouche	Gel Top.	Gel Topique
Co.	Comprimé	Gel Top. (Oral)	Gel Topique Oral
Co. (28)	Comprimé (cycle 28 jours)	Gel Vag.	Gel Vaginal
Co. (91)	Comprimé (cycle 91 jours)	Gel vag. (App.)	Gel vaginal (Applicateur)
Co - Co Ent ou Co LA	Comprimé, Co. Entérique ou Co.	Gomme à mâcher	Gomme à mâcher
	Longue Action	Gran.	Granule
Co. Croq.	Comprimé à croquer	Gran. Ent.	Granule entérique
Co. Disp.	Comprimé Dispersible	Huile Top.	Huile Topique
Co. Diss. Orale	Comprimé Dissolution Orale	Implant	Implant
Co. Diss.Orale,Co ou	Comprimé Dissolution	Implant Intravitréen	Implant Intravitréen
Film	Orale ,Comprimé ou Film	Inj. Intradiscale	Injection Intradiscale
Co. Diss. Orale ou Co.	Comprimé Dissolution Orale ou	Insertion Vaginale	Insertion Vaginale
	Comprimé	Lamelle	Lamelle
Co. Eff.	Comprimé Effervescent	Liq.	Liquide
Co. Ent.	Comprimé Entérique	Liq. Inj.	Liquide Injectable
Co. Ent. ou Co.	Comprimé Entérique ou	Liq. (Rect.)	Liquide Rectal
	Comprimé	Lot.	Lotion
Co. L.A.	Comprimé Longue Action	Lot. Cap.	Lotion Capillaire
CO L.A.	Comprimé Longue Action	Mèche	Mèche
Co. L.A. (12 h)	Comprimé Longue Action (12 h)	Mousse orale	Mousse orale
Co. L.A. (12 heures)	Comprimé Longue Action (12	Mousse rect.(app.)	Mousse rectale avec applicateur
	heures)	Mousse Top.	Mousse Topique
Co. L.A. (24 h)	Comprimé Longue Action (24 h)	Pans.	Pansement
Co. L.A. ou Caps. L.A.	Comprimé Longue Action ou	Pans. mince	Pansement mince
	Capsule Longue Action	Past. Or.	Pastille Orale
Co. ou Caps.	Comprimé ou Capsule	Pâte	Pâte
Co. ou Co. Croq.	Comprimé ou Comprimé à	Pd.	Poudre
	croquer	Pd. Inj.	Poudre Injectable
Co. ou Co. Croq. ou	Comprimé ou Comprimé à	Pd. Inj. I.M.	Poudre Injectable I.M.
Caps.	croquer ou Capsule	Pd. Inj. I.V.	Poudre Injectable I.V.
Co. ou Co. Diss. Orale	Comprimé ou Comprimé	Pd. Inj. S.C.	Poudre Injectable S.C.
	Dissolution Orale	Pd. Inj./Top.	Poudre Injectable et Topique
Co. ou Co. Ent.	Comprimé ou Comprimé	Pd. Nasale	Poudre Nasale
	Entérique	Pd. Orale	Poudre Orale
Co. ou Co.Ent ou	Comprimé ou Comprimé	Pd. Perf. I.V.	Poudre pour Perfusion I.V.
Co.Croq	Entérique ou Comprimé à	Pd. pour Inh.	Poudre pour Inhalation
	croquer	Pd. pour Inh. (App.)	Poudre pour Inhalation avec
Co. ou Co. L.A.	Comprimé ou Comprimé Longue		Applicateur
	Action	Pd. pour Inh. (Sans	Poudre pour Inhalation
Co. S-Ling.	Comprimé Sub-lingual	App.)	(rechange sans applicateur)
Co. Vag.	Comprimé Vaginal	Pd. pour Sol. Inh.	Poudre pour Solution pour
Co. Vag. (App.)	Comprimé Vaginal avec		Inhalation
	applicateur	Pom. Oph.	Pommade Ophtalmique
Co. Vag. (eff.)	Comprimé Vaginal Effervescent	Pom. Rect. (App.)	Pommade Rectale avec
Cr. Orale	Crème Orale		applicateur
		Pom. Top.	Pommade Topique

Pom. Top. (Orale)	Pommade Topique Orale	Sol. Rect.	Solution Rectale
Pulv. S.- Ling.	Pulvérisateur Sublingual	Sol. Rect. Péd.	Solution Rectale Pédiatrique
Sachet	Sachet	Sol. rinçage ser. (Étab.)	Solution de rinçage (seringue) (Étab.)
Seringue	Seringue	Sol. Top.	Solution Topique
Shamp.	Shampooing	Sol. Top. Orale	Solution Topique Orale
Sir.	Sirop	Sol. Urol. d'Irr.	Solution Urologique d'Irrigation
Sir. ou Sol. Orale	Sirop ou Solution Orale	Sol. Vap.	Suspension Vaporisateur
Sol.	Solution	Sty	Stylo
Sol. Aéro.	Solution Aérosol	Supp.	Suppositoire
Sol. Conc.	Solution concentrée	Susp. Inj.	Suspension Injectable
Sol. Cuti-Réaction	Solution pour Cuti-Réaction	Susp. Inj. I.M.	Suspension Injectable I.M.
Sol. de rinçage (Étab.)	Solution de rinçage (Étab.)	Susp. Inj. I.M. 1 mois	Suspension Injectable I.M. 1 mois
Sol. Dial. Pér.	Solution pour Dialyse Péritonéale	Susp. Inj. I.M. 3 mois	Suspension Injectable I.M. 3 mois
Sol. Inj.	Solution Injectable	Susp. Inj. I.M. (ser)	Suspension Injectable I.M. (seringue)
Sol. inj.	Solution injectable	Susp. Inj. I.V.	Suspension Injectable I.V.
Sol. Inj. (App.)	Solution injectable avec applicateur	Susp. Inj. S.C.	Suspension Injectable S.C.
Sol. Inj. Epi.	Solution Injectable Epidurale	Susp. Oph.	Suspension Ophtalmique
Sol. Inj. Huil.	Solution Injectable Huileuse	Susp. Oph. ou Sol. Oph.	Suspension Ophtalmique ou Solution Ophtalmique
Sol. Inj. I.D.	Solution Injectable I.D.	Susp. Orale	Suspension Orale
Sol. Inj. I.M.	Solution Injectable I.M.	Susp. orale ou rect	Suspension orale ou rectale
Sol. Inj. I.M. (ser)	Solution injectable I.M. seringue	Susp. Perf. I.V.	Suspension pour Perfusion I.V.
Sol. Inj. Intrathécale	Solution injectable Intrathécale	Susp. Rect.	Suspension Rectale
Sol. Inj. I.V.	Solution Injectable I.V.	Susp. Top.	Suspension Topique
Sol. Inj. I.V. (fiolle)	Solution injectable I.V. (fiolle)	Sys. Intra-Utér.	Système Intra-Utérin
Sol. Inj. S.C.	Solution Injectable S.C.	Timbre cut.	Timbre cutané
Sol. Inj. S.C.-I.M.	Solution Injectable S.C. - I.M.	Timbre cut. (3)	Timbre cutané (3)
Sol. Inj. S.C. (mini-doseur)	Solution Injectable S.C. (mini-doseur)	Trousse	Trousse
Sol. Inj. S.C. (ser)	Solution injectable S.C. (seringue)	Trousse (orale solide)	Trousse (forme orale solide)
Sol. Inj. S.C. (stylo)	Solution Injectable S.C. (stylo)	Trousse (Pd. Inj. I.M.)	Trousse (Poudre Injectable I.M.)
Sol. Inj. (ser)	Solution injectable (seringue)	Trousse (Pd. Perf. I.V.)	Trousse (Poudre pour Perfusion I.V.)
Sol. Intraoculaire	Solution Intraoculaire	Trousse (Sol. Inj. S. C.)	Trousse (Solution injectable S. C.)
Sol. Irr.	Solution d'Irrigation	Trousse (Sol. Inj. S. Rét.)	Trousse (Solution injectable sous-rétinienne)
Sol. I.V. ou Orale	Solution Intraveineuse ou Orale	Trousse (Sol. Perf. I.V.)	Trousse (Solution pour Perfusion I.V.)
Sol. Neurol. d'Irr.	Solution Neurologique d'Irrigation	Tulle	Tulle
Sol. Oph.	Solution Ophtalmique	Vap Nasal	Vaporisateur Nasal
Sol. Oph. d'Irr.	Solution Ophtalmique d'Irrigation	Vap. nasal	Vaporisateur nasal
Sol. Oph. Gel	Solution Ophtalmique Gel	Vap. top.	Vaporisateur topique
Sol. Orale	Solution Orale		
Sol. Orale Péd.	Solution Orale Pédiatrique		
Sol. Perf. I.V.	Solution pour Perfusion I.V.		
Sol. Perf. S. C.	Solution pour perfusion S. C.		
Sol. pour Inh.	Solution pour Inhalation		
Sol. pour Inh. (App.)	Solution pour Inhalation avec applicateur		

ANNEXE III : RÉPERTOIRE DES FABRICANTS

3M	3M Healthcare Canada Company Ltd.	Cellchem	Cellchem Pharmaceuticals Inc.
AA Pharma	AA Pharma Inc.	Celltrion	Celltrion Healthcare Canada Limited
Abbott	Laboratoires Abbott Ltée	Cheplaphar	Cheplapharm Arzneimittel GmbH
AbbVie	La Corporation AbbVie	C.-Horner	Carter-Horner Inc.
Accel	Accel Pharma Inc.	C. Hospit.	Canadian Hospital Specialties Ltd
Accelera	Accelera Pharma Canada Inc.	Coloplast	Coloplast Canada
Accord	Accord Healthcare Inc.	Convatec	ConvaTec Canada Ltée
Advanz	Advanz Pharma Canada Inc.	Covidien	Covidien
Alcon	Alcon Canada Inc.	Covis	Covis Pharma B.V.
Alexion	Alexion Pharma GHBH	CSLBehring	CSL Behring Canada
ALK-Abello	ALK Abello Pharmaceuticals Canada		CSL Limited
Alnylam	Alnylam Netherlands B.V.	Cycle	Cycle Pharmaceuticals LTD
Altamed	Distribution Altamed	Cytex	Cytex Pharmaceuticals inc.
Altius	Altius Healthcare Inc.	Dac Pharma	DAC Pharmaceutique
Ambicare	Ambicare Pharmaceuticals Inc.	Daiichi	Daiichi Sankyo Pharma Canada Limited
Amdipharm	Amdipharm Limited	Domrex	Domrex Pharma Inc.
Amgen	Amgen Canada Inc.	Draximage	Jubilant Draximage Inc.
Amicus	Amicus Therapeutics Canada inc.		Division de Produits Pharmaceutiques
Amphastar	Amphastar Pharmaceuticals Inc.		Spécialisés DRAXIS Inc.
Analog Ph	Analog Pharma Canada	Dr Reddy's	Dr Reddy's Laboratories Canada Inc
ANB Canada	ANB Canada Inc.	Duchesnay	Duchesnay Inc.
Angita	Angita Pharma Inc.	Eisai	Eisai Limited
Apotex	Apotex Inc.	Elvium	Elvium Sciences de la vie
Aralez	Aralez Pharmaceuticals Canada Inc.	Emergent	Emergent BioSolutions Canada Inc.
Argenx	Argenx BV	Erfar	Erfar Canada 2012 Inc.
Aspen	Aspen Pharmacare Canada Inc.	Ethypharm	Ethypharm Inc.
Astellas	Astellas Pharma Canada Inc.	EUGIA Ph	EUGIA Pharma Inc.
	Biogen Idec Canada Inc.	Euro-Pharm	Euro-Pharm International Canada Inc
Atlas	Laboratoire Atlas Inc.	Exzell	Exzell Pharma Inc.
Atnahs	Atnahs Pharma (UK) Ltd.	E-Z-EM	E-Z-EM Canada Inc.
	Atnahs Pharma (UK) Ltd.	Ferring	Ferring Inc.
AuroPharma	Auro Pharma Inc.	Forma Ph	Formative Pharma Inc.
Avir	Avir Pharma Inc.	Forus	Forus Therapeutics Inc.
AZC	AstraZeneca Canada Inc.	Fresenius	Fresenius Kabi Canada Ltd.
Bausch H.	Bausch Health Canada Inc.	Galderma	Galderma Canada Inc.
Baxter	Laboratoires Baxter du Canada Limitée	Gambro	Gambro Inc.
Bayer	Bayer Inc.	GE Health	GE Healthcare Medical Diagnostics
B. BRAUN	B. BRAUN CANADA LTD		General Electric Canada
B-D	Becton Dickinson Canada Inc.	GenMed	GenMed
BeOne med	BeOne Medicines (Canada) ULC		Pfizer Canada Inc.
BGP Pharma	BGP Pharma ULC	Genzyme	Genzyme Canada, une division de
Biocodex	Biocodex SA		Sanofi-Aventis
Biocon	Biocon Biologics Canada Inc.	Gilead	Gilead Sciences Inc.
Biocryst	Biocryst Pharmaceuticals inc	Glenmark	Glenmark Pharmaceuticals Canada Inc.
Biogen	Biogen Canada Inc.	GlenwoodPh	GLENWOOD GmbH Pharmazeutische
Biolyse	Corporation Biolyse Pharma		Erzeugnisse
Biolyse.	Biolyse Pharma Corporation	GMP	Generic Medical Partners Inc.
Biomarin	BioMarin Pharmaceutical (Canada) Inc.	GSK	GlaxoSmithKline Inc.
Biomed	Biomed Pharma	Guerbet	Guerbet
BioSyent	BioSyent Pharma Inc.	Haemotec	Haemotec Inc.
BioV	BioV Pharma	Haleon	Haleon Canada ULC
B + L	Bausch + Lomb Corporation	Hikma	Hikma Canada Limited
B.M.S.	La Société Bristol-Myers Squibb Canada	Hill	Hill Dermaceuticals Inc.
Bo. Ing.	Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée.	HLS	HLS Thérapeutics Inc.
Bracco	Bracco Imaging Canada	Horizon	Horizon Therapeutics Canada
BSN Med	BSN Medical inc.	ICU	ICU Medical Canada Inc.
C. & D.	Church & Dwight Canada Corp.	Incyte	Incyte Corporation
CB Fleet	CB Fleet Compagny Inc.	Indivior	Indivior Canada Ltd.
	Division de Prestige Brands	InfoPharma	Services Infopharma Inc.
Celgene	Celgene Inc.	INO Th.	INO Therapeutics Inc.

Ipsen	AGA Linde Healthcare Compagny Ipsen Biopharmaceuticals, Canada, Inc.	Opus	Opus Pharma
Jamp	Jamp Pharma Corporation	Organon	Organon Canada Inc.
Janss. Inc	Janssen Inc.	Orimed	Orimed Pharma Inc.
Jazz	Jazz Pharmaceuticals Canada	Otsuka	Otsuka America Pharmaceutical Inc.
JHP	JHP Pharmaceuticals, LLC	Otsuka Can	Otsuka Canada Pharmaceutique
Juno	Juno Pharmaceuticals	Paladin	Laboratoires Paladin Inc.
Kaleo	Kaleo Inc.	P & Gamble	Procter & Gamble Inc.
Knight	Thérapeutique Knight Inc.	Par Phm	Par Pharmaceutical Companies
KVR	KVR Pharmaceuticals Inc.	Pendopharm	Pendopharm Inc.
Kye Pharma	Kye Pharmaceuticals Inc.		Division de Pharmascience Inc.
Kyowa	Kyowa Kirin Limited	Pfizer	Pfizer Canada Inc.
Kyowa Can	Kyowa Kirin Canada, Inc.	Pharmaris	Pharmaris Canada Inc.
Lab X.O	Laboratoire X.O - LXO Group	Phebra	Phebra Canada Inc.
Lalco	Laboratoire Lalco Enr. Laboratoire Lalco Inc.	Phmscience	Pharmascience Inc.
Leadiant	Leadiant Biosciences inc.	Pierre Fab	Pierre-Fabre Dermo Cosmétique Canada Inc.
Leo	Leo Pharma Inc.		
Liebel	Liebel-Flarsheim Canada Inc.	Pinnacle	Pinnacle Biologics, Inc.
Lilly	Eli Lilly Canada Inc.	PPC	Pharmaceutical Partners of Canada Inc.
Linepharma	Linepharma International Inc.	Pro Doc	Pro-Doc Ltée
Luitpold	Luitpold Pharmaceuticals Inc.	Purdue	Purdue Pharma
Lundbeck	Lundbeck Canada Inc.	Ranbaxy	Ranbaxy Pharmaceuticals Canada Inc.
Lundb Inc	Lundbeck Inc.		Ranbaxy Laboratories Limited, India
Lupin	Lupin Pharma Canada Limited	Regeneron	Regeneron Canada Compagny
Mallinckro	Mallinckrodt Canada ULC	Riva	Laboratoire Riva Inc.
Mantra Ph.	Mantra Pharma inc.	Roche	Hoffmann-La Roche Ltée
Marcan	Marcan Pharmaceuticals Inc.	RougierX	Rougier Pharma
Mass.Lab	Massachusetts Public Health Biology Lab.		Division de Ratiopharm Inc.
Mayaka	Mayaka International Inc.	RRDC	Recordati Rare Diseases Canada Inc.
McNeil Co	McNeil Consumer Healthcare Division de Johnson & Johnson Inc.	Salix	Salix Pharmaceuticals inc.
MDK	MendeliKABS Inc.	S. & N.	Smith & Nephew Inc.
Medelys	Medelys Laboratoires international inc.	Sandoz	Sandoz Canada Inc
Medexus	Medexus Inc.	Sanis	Sanis Health Inc.
MedFutures	Medical Futures Inc.	SanofiAven	Sanofi-Aventis Canada Inc.
Medisca	Medisca Pharmaceutique Inc.	SanofiPast	Sanofi Pasteur Ltée
Medison	Medison Pharma Canada Inc.	Sanofi San	Sanofi Santé Grand Public Inc. Sanofi Consumer H
Medline	Medline Canada Corporation		
Medtech	Medtech Products Inc.	Seaford	Seaford Pharmaceuticals Inc.
Medunik	Medunik Canada	Search Phm	Searchlight Pharma Inc.
Médunik	Médunik Canada Inc.	Serono	EMD Serono Canada Inc.
MedXL	MedXL inc.	Servier	Servier Canada Inc.
Merck	Merck Canada Inc.	Sigma-Tau	Sigma-Tau Pharmaceuticals Inc.
Merz	Merz Pharma Canada Ltd	Sivem	Sivem Produits Pharmaceutiques ULC
Methapharm	Methapharm Inc.	SOBI	Swedish Orphan Biovitrum AB (publ)
Mint	Mint Pharmaceuticals Inc.	Stallergen	Stallergenes Canada Inc.
Mitsubishi	Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation	Sterimax	Sterimax Inc.
M.J.	Mead Johnson Nutritionals Canada Division de Bristol-Myers Squibb Canada Inc.	Stéri-Med	Stéri-Med Pharma
		Sterinova	Sterinova Inc.
Mölnlycke	Mölnlycke Health Care	Strides	Strides Pharma Canada Inc.
Mylan	Mylan Pharmaceuticals ULC	Stulln	Pharma Stulln Inc.
Natco	Natco Pharma (Canada) Inc.	Sumitomo	Sumitomo Pharma
NB Pharma	NB Pharma Inc.	Sun Pharma	Sun Pharma Canada Inc.
N.C.H.C.	Novartis consumer health Canada Inc.	Taiho	Taiho Pharma Canada Inc.
Neobourne	Neobourne Pharma sec	Takeda	Takeda Canada Inc.
Néolab	Néolab Inc.	Tanvex	Tanvex BioPharma USA, Inc.
Nestlé H.S	Nestlé Health Science	Taro	Taro Pharmaceuticals Inc.
N.Nordisk	Novo Nordisk Canada Inc.	Taylor	Taylor pharmaceutical
Nora	Nora Pharma Inc.	TerSera	TerSera Therapeutics LLC.
Novartis	Novartis Pharma Canada Inc	Teva Can	Teva Canada Ltée
Novopharm	Novopharm Ltée	Teva Innov	Teva Canada Innovation
Odan	Laboratoires Odan Ltée	Tillotts	Tillotts Pharma GmbH
Oméga	Laboratoires Omega Ltée	Tolmar	Tolmar Pharmaceutiques Canada Inc.
		Trianon	Laboratoires Trianon Inc.
		U.C.B.	U.C.B. Pharma Canada Inc.
			UCB Pharma Canada Inc.
		Ultragenyx	Ultragenyx
		Urgo	Laboratoires Urgo

U.T.C.	United Therapeutics Corporation	Vivus	Vivus Pharmaceuticals Limited
Valeo	Valeo Pharma Inc.	VPI	VPI Pharmaceuticals Inc.
Vanc Phm	Vanc Pharmaceuticals inc.	Wampole	Wampole division de Jamp
Vertex	Vertex Pharmaceuticals (Canada) Inc.	Waymade	Waymade Canada Inc.
Vifor	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd	WellSpring	WellSpring Pharmaceuticals Canada Corp.
ViiV	ViiV Soins de santé ULC	Xediton	Xediton Pharmaceuticals Inc.
Virco	Virco	Zydus Ph	Zydus Pharmaceuticals (Canada) Inc.
Vita	Vita Health Products Inc.		

ANNEXE IV

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION / CRITÈRES D'UTILISATION RECONNUS PAR L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Indications

Voici quels sont les critères d'utilisation reconnus par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux pour certains médicaments qui devraient être considérés de façon spéciale dans un établissement.

ABATACEPT, Pd. Perf. I.V. :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'abatacept sont données à raison d'une dose maximale de 10 mg/kg toutes les 2 semaines pour 3 doses, puis d'une dose maximale de 10 mg/kg toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'abatacept sont données à raison de 10 mg/kg toutes les 2 semaines pour 3 doses, puis à 10 mg/kg toutes les 4 semaines.

ABATACEPT, Sol. Inj. S.C. (ser) :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'abatacept, Sol. Inj. S.C. (ser) sont données à raison d'une dose maximale de 125 mg par semaine.

ABÉMACICLIB :

- ◆ en association avec une hormonothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2, chez les personnes :
 - dont le cancer a été complètement réséqué et qui ont terminé les traitements de radiothérapie et de chimiothérapie si prescrits;
et
 - qui satisfont aux critères suivants :
 - atteinte de 1 à 3 ganglions axillaires ipsilatéraux combinée à une maladie de grade 3 ou à une tumeur primaire d'au moins 5 cm;
ou
 - atteinte de 4 ganglions axillaires ipsilatéraux ou plus;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

L'abémaciclib doit être amorcé au cours des 16 mois suivant la chirurgie définitive et pas plus de 12 semaines après le début d'une hormonothérapie, à moins d'une raison médicale ayant empêché l'instauration de l'abémaciclib dans ce délai. La durée maximale de l'autorisation est de 24 mois.

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2, chez les personnes présentant un statut de performance sur l'ECOG de 0 ou 1, et dont :
 - le cancer est nouvellement diagnostiqué;
ou
 - le cancer a progressé durant un traitement endocrinien ou à la suite de celui-ci.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les femmes en préménopause ou en périménopause et les hommes doivent recevoir un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (LHRH).

Il est à noter que l'abémaciclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des CDK 4/6 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ♦ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, comme thérapie endocrinienne initiale pour le cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les femmes en préménopause ou en périménopause et les hommes doivent recevoir un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (LHRH).

Il est à noter que la combinaison de l'abémaciclib et d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien n'est pas autorisée en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression ou une récurrence de la maladie survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

Il est également à noter que l'abémaciclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des CDK 4/6 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

ABIRATÉRONE (acétate d') :

- ♦ en association avec la prednisone pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie à base de docetaxel pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'abiratéron n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

- ◆ en association avec la prednisone pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'une chimiothérapie à base de docetaxel à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - présentant un statut de performance sur l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'abiratéron n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou un d'inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

- ◆ en association avec l'olaparib et la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, selon l'indication reconnue pour l'olaparib.

ABIRATÉRON (acétate d') - cancer de la prostate métastatique sensible à la castration

- ◆ en association avec la prednisone et une thérapie de privation androgénique (TPA), pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes :
 - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'abiratéron n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

ABOBOTULINUMTOXINA :

- ◆ pour le traitement de la dystonie cervicale et d'autres conditions graves de spasticité.
- ◆ Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

ABROCITINIB :

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'au moins 1 agent de rémission systémique pendant une période minimale de 4 mois, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

Chez la personne ayant commencé un agent de rémission systémique avant l'âge de 12 ans, les critères d'instauration doivent avoir été documentés avant le début du traitement et l'emploi préalable de photothérapie n'est pas requis.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'abrocitinib sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 200 mg.

ACALABRUTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie pour un cycle, puis en association avec l'obinutuzumab, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de traitement est de 7 cycles.

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant les 6 cycles combinant l'acalabrutinib et l'obinutuzumab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'acalabrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

- ◆ en monothérapie pour 2 cycles, puis en association avec le vénétoclax, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La 1^{re} autorisation est donnée pour une durée maximale de 6 cycles de 28 jours et l'autorisation subséquente est donnée pour une durée de 8 cycles, pour un total de 14 cycles.

Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ◆ en association avec la bendamustine et le rituximab, puis en association avec le rituximab pour le traitement de 1^{re} intention du lymphome à cellules du manteau, chez les personnes :
 - qui ne sont pas admissibles à une chimiothérapie intensive ou à une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

L'autorisation initiale est donnée pour une période maximale de 6 cycles de traitement.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement d'entretien du lymphome à cellules du manteau, chez les personnes ayant reçu l'acalabrutinib en association avec la bendamustine et le rituximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

ACÉTAMINOPHÈNE, Sol. Perf. I.V. :

- ◆ pour le traitement à court terme de la douleur légère à modérée ou modérée à grave, en association avec des analgésiques opioïdes, chez des adultes ou des enfants âgés d'au moins deux ans, lorsque l'acétaminophène oral et l'acétaminophène intrarectal ne peuvent être utilisés;
- ◆ pour le traitement à court terme de la fièvre, chez des adultes ou des enfants âgés d'au moins deux ans, lorsque l'acétaminophène oral et l'acétaminophène intrarectal ne peuvent être utilisés.

ACIDE OBÉTICHIQUE :

- ◆ pour le traitement de la cholangite biliaire primitive :
 - en association avec l'ursodiol chez les adultes qui n'y répondent pas de façon satisfaisante après un traitement d'une durée minimale de 12 mois;
ou
 - en monothérapie chez les adultes qui présentent une intolérance à l'ursodiol.

Lors de la demande initiale, la personne doit présenter l'un des éléments suivants :

- un taux de phosphatase alcaline d'au moins 1,67 fois la limite supérieure de la normale;
- un taux de bilirubine totale excédant la limite supérieure de la normale, mais inférieur à 2 fois cette dernière.

La demande initiale est autorisée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction du taux de phosphatase alcaline ou de bilirubine totale par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement avec l'acide obéticholique.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

ACYCLOVIR, Cr. Top., Pom. Top. :

- ◆ pour le traitement local des infections à virus herpétiques chez les personnes immunodéficientes.

ADALIMUMAB :

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants, soit :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'adalimumab sont données à raison de 20 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants dont le poids est supérieur à 10 kg, mais inférieur à 30 kg, et de 40 mg toutes les 2 semaines chez ceux de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'adalimumab sont données à raison d'une dose maximale de 40 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
 - et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
- et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'autorisation comprend un traitement d'induction à raison de 160 mg initialement et de 80 mg à la 2^e semaine, suivi d'un traitement d'entretien à la dose de 40 mg toutes les 2 semaines avec la possibilité d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
- et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
- ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
- ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'adalimumab sont données à raison d'un maximum de 40 mg toutes les 2 semaines.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
- et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'adalimumab sont données à raison d'une dose maximale de 40 mg toutes les 2 semaines avec la possibilité d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'adalimumab sont données à raison d'une dose maximale de 40 mg toutes les 2 semaines.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
 - et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
 - et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
 - ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'adalimumab sont données à raison d'une dose d'induction de 80 mg suivie d'un traitement d'entretien commençant la 2^e semaine à la dose maximale de 40 mg toutes les deux semaines.

ADALIMUMAB (COLITE ULCÉREUSE-ENFANTS) :

- ♦ pour le traitement des enfants atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo total d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'autorisation est donnée jusqu'à ce que la personne atteigne l'âge de 18 ans.

ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hidradénite suppurée modérée à grave :
 - qui ont au moins 3 abcès ou nodules;
et
 - qui présentent des lésions dans au moins 2 régions anatomiques distinctes, dont 1 de stade Hurley II ou III;
et
 - qui ont une réponse insuffisante à une antibiothérapie orale d'une durée d'au moins 3 mois.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ADALIMUMAB (UVÉITE) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'uvéite non infectieuse qui ont fait l'essai d'un corticostéroïde et d'un immunosuppresseur pour une durée appropriée à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

L'autorisation initiale est donnée pour une durée maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ADALIMUMAB (MALADIE DE CROHN-ENFANTS) :

- ◆ pour le traitement des enfants atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'autorisation est donnée jusqu'à ce que la personne atteigne l'âge de 18 ans.

ADÉFOVIR DIPIVOXIL :

- ◆ pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes :
 - ayant une résistance à la lamivudine définie par l'un des éléments suivants :
 - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, confirmée par un deuxième test un mois plus tard;
 - une épreuve de laboratoire démontrant la résistance à la lamivudine;
 - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL.
 - avec une cirrhose décompensée ou à risque de décompensation, avec un score de Child-Pugh > 6;
 - après une transplantation hépatique ou lors d'une infection du greffon par le virus de l'hépatite B;
 - infectées par le VIH, mais qui ne sont pas traitées avec des antirétroviraux pour cette condition;
 - qui ne présentent pas de résistance à la lamivudine et qui ont une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement.

AFLIBERCEPT 2 MG :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'oeil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
 - dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
 - absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon prescripteur;
 - évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'administration recommandée est de 1 dose de 2 mg par mois et par oeil les 3 premiers mois et tous les 2 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab, le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire diabétique. L'épaisseur du centre de la rétine de l'oeil à traiter doit être supérieure ou égale à 250 µm.

L'administration recommandée est de 1 dose par oeil tous les 2 mois. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab ou le ranibizumab pour traiter le même oeil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
 - épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/120;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même œil.

AFLIBERCEPT 8 MG :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
 - dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
 - absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le prescripteur;
 - évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'administration recommandée est de 1 dose de 8 mg par mois les 3 premiers mois et tous les 3 ou 4 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par œil tous les 2 mois.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab, le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même œil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'épaisseur du centre de la rétine de l'œil à traiter doit être supérieure ou égale à 250 µm.

L'administration recommandée est de 1 dose de 8 mg par mois les 3 premiers mois et tous les 3 ou 4 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par œil tous les 2 mois.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab ou le ranibizumab pour traiter le même œil.

ALDESLEUKINE :

- ◆ pour le traitement des enfants et adolescents atteints d'un neuroblastome à haut risque, selon l'indication reconnue pour le dinutuximab.

ALECTINIB (chlorhydrate d') :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résecable ou métastatique chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
 - et
 - qui n'ont jamais eu l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK*;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'alectinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK* pour le traitement du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résectable ou métastatique chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
 - et
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration du crizotinib, à moins d'une intolérance sérieuse;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ♦ en monothérapie pour le traitement adjuvant du cancer du poumon non à petites cellules de stade pathologique IB (tumeur ≥ 4 cm) à IIIA selon la 7^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
 - et
 - dont le cancer a été complètement résecté dans les 12 dernières semaines et qui n'ont pas complété un traitement adjuvant de chimiothérapie;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

ALEMTUZUMAB :

- ♦ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté au moins 2 poussées au cours des 2 dernières années dont l'une doit avoir eu lieu durant la dernière année. De plus, l'une d'entre elles doit être survenue alors que la personne prenait depuis au moins 6 mois un agent modificateur de la maladie inscrit sur la *Liste des médicaments* pour le traitement de cette maladie à certaines conditions. Le résultat sur l'échelle EDSS doit être inférieur à 7.

L'autorisation de la demande initiale est pour un cycle de 5 jours consécutifs de traitement à la dose quotidienne de 12 mg pour couvrir la première année de traitement.

Pour la poursuite du traitement après la première année, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique sur la fréquence annuelle des poussées en plus d'une stabilisation du résultat sur l'échelle EDSS ou d'une augmentation de moins de 2 points sans qu'il excède 6,5.

L'autorisation de la seconde demande est pour un cycle de 3 jours consécutifs de traitement à la dose quotidienne de 12 mg administré 12 mois après le premier cycle. Ainsi, la durée totale de traitement permise est de 24 mois.

ALFACALCIDOL, Sol. Inj. :

- ♦ pour le traitement des personnes chez qui un analogue de la vitamine D par la voie orale ne peut être utilisé.

ALGLUCOSIDASE ALPHA :

- ♦ pour le traitement de la forme infantile (ou à évolution rapide) de la maladie de Pompe, chez les enfants dont les symptômes sont apparus avant l'âge de 12 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration importante. Il y a détérioration importante lorsque les deux critères suivants sont satisfaits :

- présence de ventilation invasive;
et
- augmentation de deux points et plus au score-Z de l'indice de masse ventriculaire par rapport à la valeur précédente.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

ALIROCUMAB :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe), définie par génotypage ou par phénotypage, chez qui l'utilisation d'une statine à dose optimale en association avec l'ézétimibe n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

En prévention primaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 % par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant, et par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l.

En prévention secondaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 1,8 mmol/l.

Le génotypage est défini par la présence d'une des mutations causant l'HFHe chez le patient.

Le phénotypage est défini par une concentration de C-LDL de base > 4,5 mmol/l chez les adultes de 18 à 39 ans, > 5,0 mmol/l chez les adultes de 40 ans ou plus, ou sur le C-LDL imputé si la valeur de base est inconnue, et au moins 1 des éléments suivants :

- Le diagnostic d'HFHe définitif est positif en présence d'au moins 1 des critères majeurs suivants :
 - la présence d'une mutation des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 causant l'hypercholestérolémie familiale chez un parent du 1^{er} degré;
 - la présence de xanthomes tendineux;
 - une concentration de C-LDL de base $\geq$ 8,5 mmol/l.
- Le diagnostic d'HFHe probable est positif en présence d'au moins un des critères mineurs suivants :
 - la présence d'une histoire familiale d'une concentration de C-LDL de base $\geq$ 4,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé < 18 ans, $\geq$ 4,5 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 18 à 39 ans ou $\geq$ 5,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 40 ans ou plus;
 - la présence de maladie coronarienne athéroscléreuse chez le patient ou un parent du 1^{er} degré âgé < 55 ans pour un homme et < 65 ans pour une femme.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution ≥ 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur de base. La valeur de base est définie par le taux de C-LDL en période de traitement par une statine et l'ézétimibe, le cas échéant. ou
- une concentration de C-LDL $< 2,5$ mmol/l en prévention primaire ou < 2 mmol/l en prévention secondaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement définis précédemment sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

ALITRÉTINOÏNE :

- ♦ pour le traitement de l'eczéma chronique et grave des mains n'ayant pas répondu adéquatement à un traitement continu d'au moins 8 semaines avec un corticostéroïde topique puissant ou très puissant, et ce, malgré l'élimination du contact des allergènes lorsqu'ils sont identifiés comme étant la cause de l'eczéma.

L'autorisation initiale est accordée pour un traitement d'une durée maximale de 24 semaines à la dose de 30 mg par jour.

Des traitements subséquents peuvent être autorisés en cas de récurrence, aux conditions suivantes :

- le traitement précédent a conduit à la disparition complète ou quasi complète des symptômes;
- l'intensité des symptômes lors de la récurrence doit être modérée ou grave malgré un nouveau traitement continu d'au moins 4 semaines avec un corticostéroïde topique puissant ou très puissant, et ce, malgré l'élimination du contact des allergènes lorsqu'ils sont identifiés comme étant la cause de l'eczéma.

Le prescripteur devra alors fournir la réponse obtenue avec le traitement précédent ainsi que le degré d'atteinte au moment de la récurrence.

Les autorisations subséquentes sont accordées pour un traitement d'une durée maximale de 24 semaines à la dose de 30 mg par jour.

ALOGLIPTINE (benzoate d') :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées; ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; ou
 - en association avec une sulfonylurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) adaptée au patient.

ALOGLIPTINE (benzoate d') / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) adaptée au patient.

AMBRISANTAN :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

AMIFAMPRIDINE :

- ◆ pour le traitement symptomatique du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton, chez les personnes ayant un diagnostic confirmé et dont les manifestations sont associées à une atteinte fonctionnelle.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic de SMLE confirmé par :
 - les résultats d'une électromyographie;
 - ou
 - la détection d'anticorps dirigés contre les canaux calciques voltage-dépendants.
- et
- une faiblesse musculaire interférant avec la qualité de vie documentée avant l'instauration du traitement.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois, à moins de fournir la confirmation que le patient reçoit déjà un traitement à base d'amifampridine, auquel cas la demande initiale est autorisée pour une période maximale de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'amélioration ou la stabilisation de la force musculaire et documenter les bénéfices fonctionnels procurés par le traitement.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

AMIFAMPRIDINE (phosphate d') :

- ◆ pour le traitement symptomatique du syndrome myasthénique de Lambert-Eaton, chez les personnes ayant un diagnostic confirmé et dont les manifestations sont associées à une atteinte fonctionnelle.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic de SMLE confirmé par :
 - les résultats d'une électromyographie;
 - ou
 - la détection d'anticorps dirigés contre les canaux calciques voltage-dépendants;
- et
- une faiblesse musculaire interférant avec la qualité de vie documentée avant l'instauration du traitement.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois, à moins de fournir la confirmation que le patient reçoit déjà un traitement par l'amifampridine, auquel cas la demande initiale est autorisée pour une période maximale de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'amélioration ou la stabilisation de la force musculaire et documenter les bénéfices fonctionnels procurés par le traitement.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

AMIVANTAMAB :

- ◆ en association avec le carboplatine et le pemetrexed, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente une mutation activatrice par insertion dans l'exon 20 (ex20ins) du gène codant pour le récepteur du facteur de croissance épidermique (*EGFR*);
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ◆ en association avec le lazertinib, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène codant pour le récepteur du facteur de croissance épidermique (*EGFR*);
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'association amivantamab-lazertinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) ciblant l'*EGFR*, s'il a été administré pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

AMLODIPINE (bésylate d'), Sol. Orale :

- ◆ chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés.

AMPHÉTAMINE (sels mixtes d') :

- ◆ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

ANIFROLUMAB :

- ◆ pour le traitement d'un lupus érythémateux disséminé, chez les personnes :
 - dont le score SLEDAI-2K est de 6 ou plus;
 - et
 - dont la maladie ne peut être contrôlée malgré l'administration d'un traitement optimisé combinant 1 antipaludéen, 1 immunosuppresseur et 1 corticostéroïde à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg de prednisone par jour ou son équivalent, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

APALUTAMIDE :

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant un risque élevé de développer des métastases à distance malgré un traitement de privation androgénique. Le risque élevé est défini par un temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique inférieur ou égal à 10 mois;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes :
 - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique.
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'apalutamide n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

APREMILAST :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique, avant d'avoir recours à un agent biologique inscrit sur les listes des médicaments pour soigner cette maladie :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'apremilast sont données à raison d'un maximum de 30 mg 2 fois par jour.

Il est à noter que l'apremilast n'est pas autorisé s'il est administré en concomitance avec un traitement systémique standard ou biologique indiqués pour le traitement du psoriasis en plaques.

APRÉPITANT :

- ◆ comme thérapie antiémétique de première intention des nausées et vomissements lors d'un traitement de chimiothérapie hautement émétisante. Les autorisations sont données à raison d'un maximum de trois doses d'aprépitant par traitement de chimiothérapie, réparties sur trois jours consécutifs.

La première dose doit être administrée lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie, en association avec la dexaméthasone et un antagoniste des récepteurs de la 5-HT₃. Pra.

ASCIMINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique, chez les adultes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 80 mg.

Il est à noter que l'asciminib n'est pas autorisé à la suite de son échec dans le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.

ATÉZOLIZUMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie à base d'un sel de platine. De plus, chez les personnes dont la tumeur présente une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR ou un réarrangement du gène *ALK*, le cancer doit également avoir progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR ou de l'*ALK*;
et
 - dont les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'atézolizumab n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec le bevacizumab, pour le traitement de première intention du carcinome hépatocellulaire non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base d'étoposide et d'un sel de platine, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon à petites cellules de stade étendu, chez les personnes :
 - dont les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées ou asymptomatiques;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'atézolizumab n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon à petites cellules au stade limité. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du poumon non à petites cellules de stade pathologique II et IIIA selon la 7^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes :
 - dont le cancer a été complètement résectionné, qui ont reçu une chimiothérapie adjuvante incluant un sel de platine dans les 8 semaines précédentes et dont la maladie n'a pas récidivé;
 - et
 - dont le pourcentage de cellules tumorales exprimant PD-L1 est d'au moins 50 %;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 16 cycles de 21 jours ou l'équivalent.

Il est à noter que l'atézolizumab n'est pas autorisé à la suite d'un traitement néoadjuvant avec un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

ATOGÉPANT :

- ♦ pour le traitement prophylactique des migraines, chez les personnes ayant au moins 4 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society :
 - en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsivant ou en cas d'inefficacité de ceux-ci.

Dans la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre de jours de migraine par mois.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Dans la demande de poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une diminution d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine par mois, par rapport à la valeur de base, soit celle précédant la 1^{re} administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (calcitonin gene related peptide; CGRP) ou sur son récepteur.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'utilisation concomitante de 2 médicaments ciblant le CGRP (c.-à-d. gépant ou anticorps contre le CGRP) pour le traitement prophylactique des migraines n'est pas permise.

ATOMOXÉTINE (chlorhydrate d') :

- ♦ pour le traitement des enfants et des adolescents ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et une amphétamine à moins d'intolérance grave ou d'une contre-indication.

La poursuite du traitement à partir de 18 ans est autorisée si le traitement a été amorcé avant cet âge, et qu'il a été remboursé conformément à l'indication reconnue pour le paiement. Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

AVAPRITINIB :

- ◆ pour le traitement de la mastocytose systémique avancée, laquelle comprend la mastocytose systémique agressive, la mastocytose systémique associée à un néoplasme hématologique et la leucémie mastocytaire, chez les adultes :
 - ayant une numération plaquettaire d'au moins $50 \times 10^9/l$;
et
 - présentant des trouvailles C évaluable;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Les autorisations concernant l'avapritinib sont données à raison de 1 dose quotidienne maximale de 200 mg.

AVELUMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome à cellules de Merkel métastatique chez les personnes :
 - qui ont déjà reçu au moins une chimiothérapie en stade métastatique;
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement d'entretien du carcinome urothélial localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes dont :
 - la maladie n'a pas progressé pendant ou après 4 à 6 cycles d'une chimiothérapie à base de sel de platine combiné à la gemcitabine;
et
 - le traitement de chimiothérapie antérieur s'est terminé depuis au moins 4 semaines et au plus 10 semaines;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'avelumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome urothélial. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

AXICABTAGENE CILOLEUCEL :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome à grandes cellules B (LGCB) récidivant ou réfractaire (R/R) après au moins deux intentions de traitement systémique, y compris les adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre précision, d'un lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B, d'un lymphome à cellules B de haut grade ou d'un LDGCB résultant d'un lymphome folliculaire. Les patients doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :

- présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1;
et
- n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19 au préalable.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par l'acicabtagène ciloleucel n'est pas autorisé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome folliculaire récidivant ou réfractaire de grade 1, 2 ou 3a après deux intentions de traitements systémiques ou plus. Les personnes doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :

- présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1;
et
- n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19 au préalable.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par l'acicabtagène ciloleucel n'est pas autorisé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B ou d'un lymphome à cellules B de haut grade, réfractaire à une immunochimiothérapie à base de rituximab de première intention ou récidivant au cours des 12 mois suivant ce traitement. Les patients doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :

- être candidates à une greffe de cellules souches;
et
- n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19;
et
- présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par l'acicabtagène ciloleucel n'est pas autorisé.

AXITINIB :

- ◆ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, après l'échec d'au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ciblant le récepteur du VEGF, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'axitinib n'est pas autorisé à la suite de son échec dans le traitement de 1^{re} intention de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le pembrolizumab.
- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes ayant reçu un traitement associant le pembrolizumab et l'axitinib en milieu hospitalier durant 24 mois ou dont le pembrolizumab a dû être cessé.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

AZACITIDINE, Co. :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la leucémie myéloïde aigüe *de novo* ou secondaire à un syndrome myélodysplasique ou à une leucémie myélomonocytaire chronique, chez les adultes qui ont obtenu une rémission complète ou rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet après un traitement d'induction intensif, avec ou sans traitement de consolidation, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques et :
 - dont le risque cytogénétique est intermédiaire ou défavorable;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg par jour pendant 14 jours par cycle de 28 jours.

Il est à noter que l'azacitidine orale n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un agent hypométhylant.

AZÉLAÏQUE (acide) :

- ◆ pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

AZTRÉONAM :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa* :
 - lorsque leur état se détériore malgré un traitement avec une formulation de tobramycine pour inhalation;
 - ou
 - lorsqu'elles sont intolérantes à une solution de tobramycine pour inhalation;
 - ou
 - lorsqu'elles sont allergiques à la tobramycine.

BARICITINIB :

- ◆ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication au méthotrexate.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation,

et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le baricitinib sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg 1 fois par jour.

BASILIXIMAB :

- ♦ comme adjuvant pour la prophylaxie du rejet aigu chez les receveurs de greffe rénale en association avec d'autres agents immunosuppresseurs.

BÉLIMUMAB :

- ♦ pour le traitement d'un lupus érythémateux disséminé, chez les personnes :
 - dont le score SELENA-SLEDAI est de 8 ou plus;
 - et
 - dont la maladie ne peut être contrôlée malgré l'administration d'un traitement optimisé combinant 1 antipaludéen, 1 immunosuppresseur et 1 corticostéroïde à une dose supérieure ou égale à 7,5 mg de prednisone par jour ou son équivalent, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

BÉLUMOSUDIL (mésylate de) :

- ♦ pour le traitement d'une réaction chronique du greffon contre l'hôte (GVHc), après une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, chez les personnes :
 - âgées de 12 ans ou plus;
 - et
 - présentant un échec ou une intolérance sérieuse à au moins deux intentions de traitement systémiques précédentes pour le traitement de la GVHc.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Avec la demande de poursuite de traitement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse objective (réponse complète ou partielle) selon les critères de consensus du *National Institutes of Health* (NIH).

BELZUTIFAN :

- ◆ En monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome rénal non métastatique, des hémangioblastomes du système nerveux central ou des tumeurs neuroendocrines pancréatiques non métastatiques associés à la maladie de von Hippel-Lindau (VHL), chez les personnes :
 - dont le diagnostic a été confirmé par la présence d'un variant pathogénique germlinal du gène *VHL*;
et
 - dont les tumeurs ne répondent à aucune indication chirurgicale, sont non résécables ou ne peuvent être réséquées sans risque important de complications;
et
 - dont les tumeurs ne sont pas considérées comme étant résistantes à un inhibiteur du HIF-2-alpha;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Il est à noter que le belzutifan n'est pas autorisé pour les personnes ne présentant aucune tumeur visée par l'indication ou pour celles dont l'ensemble des tumeurs a été complètement réséqué.

Les autorisations pour le belzutifan sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 120 mg.

BENDAMUSTINE (chlorhydrate de) :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique de stade B ou C de Binet symptomatique chez les personnes :
 - qui ne sont pas éligibles à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

Le traitement doit être arrêté dès la progression de la maladie. Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg/m² le premier jour et le deuxième jour de chaque cycle de 28 jours, pour une durée maximale de traitement de 6 cycles.

- ◆ en association avec l'obinutuzumab, pour le traitement du lymphome folliculaire chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou au cours des 6 mois suivant un traitement à base de rituximab;
et
 - n'ayant jamais reçu de bendamustine ou en ayant reçu il y a plus de 2 ans;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

Le traitement doit être arrêté dès la progression de la maladie. Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 90 mg/m² aux jours 1 et 2 de chaque cycle de 28 jours, pour une durée maximale de traitement de 6 cycles.

- ◆ en association avec l'acalabrutinib et le rituximab, pour le traitement de 1^{re} intention du lymphome à cellules du manteau, selon l'indication reconnue pour l'acalabrutinib.

La durée maximale de traitement en association avec l'acalabrutinib et le rituximab est de 6 cycles.

BENRALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes présentant dans l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :
 - une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 300 cellules/microlitre ($0,30 \times 10^9/l$);
et
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne d'un corticostéroïde inhalé à dose élevée, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

Pour la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations, comme défini précédemment, et le résultat à l'un des questionnaires suivants dans l'année de référence :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
ou
- Asthma Control Test (ACT);
ou
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
ou
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer du maintien des effets bénéfiques du traitement par le benralizumab par rapport aux valeurs de base. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 30 mg toutes les 4 semaines pour les 3 premières doses, suivie de 30 mg toutes les 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les adultes.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur confirme une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalant à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle donnée avant le début du traitement par le benralizumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, tel que défini précédemment, sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 30 mg toutes les 4 semaines pour les 3 premières doses, suivie de 30 mg toutes les 8 semaines.

BÉROTRALSTAT :

- ◆ pour la prévention des crises d'angioedème héréditaire (AOH), chez les personnes âgées de 12 ans ou plus :
 - atteintes du type I ou II de la maladie;
et
 - présentant des crises d'AHO interférant de façon significative avec les activités quotidiennes.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique du traitement (par exemple une diminution du nombre de crises).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations concernant le bérotralstat sont données à raison d'une dose de 150 mg une fois par jour.

Le bérotralstat n'est pas autorisée en combinaison avec un autre agent de prévention des crises d'AHO.

BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou

- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le bimekizumab sont données à raison d'une dose maximale de 320 mg aux semaines 0, 4, 8, 12 et 16 puis toutes les 8 semaines.

BIMEKIZUMAB (ARTHRITE PSORIASIQUE ET SPONDYLITE ANKYLOSANTE) :

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - lors de l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le bimekizumab sont données à raison d'une dose maximale de 160 mg toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - lors de l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le bimekizumab sont données à raison d'une dose maximale de 160 mg toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale sur une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

- Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

- La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le bimekizumab sont données à raison d'un maximum de 160 mg toutes les 4 semaines.

BINIMÉTINIB :

- ♦ en association avec l'encorafenib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le binimétinib, en association avec l'encorafenib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

BIVALIRUDIN :

- ◆ lors d'angioplastie coronarienne transluminale percutanée, pour les patients chez qui l'usage d'un inhibiteur des récepteurs de la glycoprotéine IIb/IIIa n'est pas d'emblée envisagé, et qui présentent un risque élevé de complication hémorragique.
- ◆ lors d'angioplastie coronarienne transluminale percutanée, pour les patients ayant présenté une thrombopénie à l'héparine dans le passé.

BLINATUMOMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aigüe à précurseurs B sans chromosome de Philadelphie chez les enfants avec un statut de performance de 50 % ou plus selon l'échelle de Karnofsky ou selon l'échelle de Lansky pour les enfants de moins de 16 ans :
 - qui présentent une récurrence de la maladie à la suite d'au moins une chimiothérapie de sauvetage ou à la suite d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques;
ou
 - qui présentent une maladie réfractaire à au moins une chimiothérapie d'induction ou de sauvetage.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Dans les demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Un maximum de 5 cycles de blinatumomab est autorisé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë à précurseurs B sans chromosome de Philadelphie chez les adultes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2 :
 - qui présentent une récurrence de la maladie dans les 12 mois suivant une première rémission, à la suite d'au moins une chimiothérapie intensive de sauvetage ou à la suite d'une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques;
ou
 - qui présentent une maladie réfractaire à au moins une chimiothérapie intensive d'induction ou de sauvetage.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Un maximum de 5 cycles de blinatumomab est autorisé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des enfants et des adultes atteints de leucémie lymphoblastique aiguë à précurseurs de cellules B CD19+ sans chromosome Philadelphie :
 - présentant une première ou une deuxième rémission hématologique complète, avec maladie résiduelle minimale $\geq 0,1$ %, malgré une chimiothérapie intensive;
et
 - dont le statut de performance est ≥ 80 % selon l'échelle de Lansky pour les enfants de moins de 16 ans ou ≥ 80 % selon l'échelle de Karnofsky pour les personnes de 16 ans ou plus.

Le traitement est autorisé pour un maximum de 4 cycles. Le blinatumomab ne doit pas avoir été administré pour induire la rémission hématologique complète.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aigüe à précurseurs de cellules B avec chromosome de Philadelphie, récidivante ou réfractaire, chez les adultes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2 :

- qui ont eu un échec à au moins deux inhibiteurs de la tyrosine kinase, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

Le traitement est autorisé pour un maximum de 2 cycles d'induction. En présence d'une rémission complète ou d'une rémission complète avec récupération hématologique incomplète, un maximum de 3 cycles supplémentaires est autorisé.

- ♦ Pour le traitement des enfants et des adultes atteints de leucémie lymphoblastique aiguë à précurseurs de cellules B CD19+ sans chromosome Philadelphie, dans la phase de consolidation d'une chimiothérapie multiphase de 1^{re} intention.

L'autorisation pour le blinatumomab est donnée pour un maximum de 2 cycles en pédiatrie, et pour un maximum de 4 cycles chez l'adulte.

BOSENTAN :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

BRENTUXIMAB VÉDOTINE :

- ♦ en monothérapie pour le traitement des personnes atteintes d'un lymphome anaplasique à grandes cellules systémique après l'échec d'au moins une chimiothérapie et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Les autorisations sont données pour un maximum de 16 cycles de traitement.

Il est à noter que le brentuximab védotine n'est pas autorisé si la maladie est réfractaire à un traitement antérieur avec ce médicament.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'un lymphome de Hodgkin classique après l'échec d'une greffe autologue de cellules souches hématopoïétiques et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Les autorisations sont données pour un maximum de 16 cycles de traitement.

Il est à noter que le brentuximab védotine n'est pas autorisé s'il a déjà été administré pour le traitement du lymphome de Hodgkin.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de consolidation du lymphome de Hodgkin classique après une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques, chez les personnes :
 - dont la maladie est à risque élevé de récurrence ou de progression, définie par l'une des trois situations suivantes :
 - une maladie réfractaire à un traitement de première intention;
 - une récurrence survenant moins de 12 mois suivant la fin d'un traitement de première intention;
 - une récurrence survenant plus de 12 mois suivant la fin d'un traitement de première intention et une atteinte extraganglionnaire;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

Le traitement doit être amorcé dans les 30 à 45 jours suivant l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques. Les autorisations sont données pour un maximum de 16 cycles.

Il est à noter que le brentuximab védotine n'est pas autorisé s'il a préalablement été administré pour le traitement du lymphome de Hodgkin. Le retraitement en cas de récurrence ou progression ultérieure n'est pas autorisé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome anaplasique à grandes cellules primitif cutané (LAGCpc) ou du mycosis fongoïde chez les personnes :
 - ayant reçu au moins une thérapie systémique antérieure ou dans le cas d'un LAGCpc, une radiothérapie ou une thérapie systémique;
 - et
 - dont la maladie exprime le CD30;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou par l'examen physique.

Les autorisations sont données pour un maximum de 16 cycles de traitement.

Il est à noter que le brentuximab védotine n'est pas autorisé s'il a déjà été administré pour le traitement du LAGCpc ou du mycosis fongoïde.

- ◆ en association avec la cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone, pour le traitement de première intention d'un lymphome anaplasique à grandes cellules systémique ALK + avec un score IPI (*International Prognostic Index*) ≥ 2 , d'un lymphome anaplasique à grandes cellules systémique ALK -, d'un lymphome T périphérique non spécifié ou d'un lymphome T angio-immunoblastique chez les personnes :
 - dont la maladie exprime le CD30;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

Les autorisations sont données pour un maximum de 8 cycles de traitement.

- ◆ en association avec la doxorubicine, la vinblastine et la dacarbazine, pour le traitement de première intention d'un lymphome de Hodgkin classique de stade IV, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

Les autorisations sont données pour un maximum de 6 cycles de traitement.

BREXUCABTAGÈNE AUTOLEUCÉL (100 000 000 cellules CAR-T ou moins) :

- ◆ pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë à précurseurs B chez les adultes présentant une maladie réfractaire primaire, une première récurrence après une rémission de 12 mois ou moins, une maladie récidivante ou réfractaire après au moins deux intentions de thérapie systémique, ou une maladie récidivante ou réfractaire après une allogreffe de cellules souches. Les personnes doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :
 - présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1;
et
 - n'avoir jamais reçu d'immunothérapie par cellules T à récepteur antigénique chimérique ciblant le CD19 pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë.

Les personnes présentant une maladie à chromosome de Philadelphie positif doivent avoir subi l'échec de deux inhibiteurs des tyrosines kinases, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

Les personnes ayant reçu au préalable une thérapie ciblant le CD19 doivent présenter une maladie positive à ce marqueur après le traitement par cet anti-CD19 pour être admissibles au brexucabtagène autoleucel.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par le brexucabtagène autoleucel n'est pas autorisé.

BREXUCABTAGÈNE AUTOLEUCÉL (200 000 000 cellules CAR-T ou moins) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire après au moins deux traitements systémiques y compris un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton (BTK), chez les personnes :
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1;
et
 - n'ayant jamais reçu de thérapie anti-CD19 au préalable;
et
 - n'ayant jamais reçu d'allogreffe de cellules souches hématopoïétiques;
et
 - dont la maladie est réfractaire à un inhibiteur de la BTK ou a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur de la BTK.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement au brexucabtagène autoleucel ou par une autre immunothérapie par cellules T à récepteur antigénique chimérique n'est pas autorisé.

BRIGATINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
et
 - qui n'ont jamais eu l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK*;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le brigatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK* pour le traitement du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

BRIVARACÉTAM, Co. :

- ♦ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

Il est à noter que le brivaracétam n'est pas autorisé s'il est administré en concomitance avec le lévétiracétam.

BRIVARACÉTAM, Sol. Inj. I.V. :

- ♦ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire déjà sous traitement avec le brivaracétam par voie orale, lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée.

BRODALUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le brodalumab sont données à raison d'une dose maximale de 210 mg aux semaines 0, 1 et 2 puis toutes les 2 semaines.

BUPRÉNORPHINE :

- ♦ pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les adultes dont l'état clinique est stabilisé par un traitement à base de buprénorphine administrée par voie sublinguale.

BUROSUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hypophosphatémie liée au chromosome X.

Lors de la demande initiale, la personne doit :

- avoir un diagnostic confirmé par
 - une mutation du gène *PHEX*
ou
 - une mutation du gène *PHEX* chez un membre de la famille immédiate et un dosage plasmatique du facteur de croissance des fibroblastes 23 (FGF23) supérieur à la normale;
- et
- avoir un *Thacher Rickets Severity Score* (RSS) supérieur ou égal à 2;
- et
- être âgée d'au moins 12 mois et de moins de 18 ans;
- et
- avoir des plaques de croissance non fusionnées.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit :

- fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'amélioration d'au moins un point sur le *Radiographic Global Impression of Change* (RGI-C) par rapport aux radiographies précédant le début du traitement;
- et
- confirmer que les plaques de croissance sont non fusionnées. Une preuve radiologique devra être fournie sur demande.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 90 mg de burosumab toutes les 2 semaines. Advenant la poursuite du traitement chez des personnes de 18 ans et plus n'ayant pas terminée leur croissance, tel que documenté par des plaques de croissances non fusionnées, la dose maximale recommandée sera de 90 mg de burosumab toutes les 4 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

CABAZITAXEL :

- ◆ en association avec la prednisone pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'une chimiothérapie à base de docetaxel à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

CABERGOLINE :

- ◆ pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les personnes pour qui la bromocriptine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.

CABOZANTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique, caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ciblant le récepteur du VEGF ou 1 traitement d'immunothérapie ciblant le PD-1 ou le PD-L1;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le cabozantinib n'est pas autorisé à la suite de son échec dans le traitement de 1^{re} intention de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable, chez les personnes ayant déjà été traitées par un inhibiteur de la tyrosine kinase :
 - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'une ou deux thérapies systémiques pour le traitement du carcinome hépatocellulaire;
 - et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé après un traitement ciblant le récepteur du VEGF;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ♦ en association avec le nivolumab, pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La dose maximale quotidienne autorisée est de 40 mg.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

- ♦ en monothérapie, pour la poursuite du traitement d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes ayant reçu un traitement associant le nivolumab et le cabozantinib en milieu hospitalier durant 24 mois ou dont le nivolumab a dû être cessé.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

La dose maximale quotidienne autorisée est de 40 mg.

CALCIPOTRIOL / BÉTAMÉTHASONE (dipropionate de) :

- ♦ pour le traitement du psoriasis en plaques chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un analogue de la vitamine D ou d'un corticostéroïde topique de puissance moyenne ou élevée.

CALCITRIOL, Sol. Inj. I.V. :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'insuffisance rénale chronique grave chez qui le calcitriol par voie orale est contre-indiqué.

CALCIUM (carbonate de), Mousse orale :

- ♦ pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

CALCIUM (citrate de), Sol. Orale et Pd. Orale :

- ♦ pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

CALCIUM (citrate de) / VITAMINE D, Sol. Orale et Pd. Orale :

- ♦ pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

CALCIUM (gluconate de) / CALCIUM (lactate de) / VITAMINE D :

- ♦ pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés.

CANAGLIFLOZINE :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;
ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.
ou
 - en association avec une sulfonylurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

CANNABIDIOL :

- ◆ pour le traitement d'appoint des crises d'épilepsie associées au syndrome de Dravet, à la suite de l'échec de 2 médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).
- ◆ pour le traitement d'appoint des crises d'épilepsie associées au syndrome de Lennox-Gastaut, à la suite de l'échec de 2 médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés en monothérapie ou en combinaison).
- ◆ pour le traitement d'appoint des crises d'épilepsie associées à la sclérose tubéreuse de Bourneville, à la suite de l'échec de 2 médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

CAPIVASERTIB :

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résecable ou métastatique présentant un ou plusieurs variants pathogènes *PIK3CA*, *AKT1* ou *PTEN*, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes :
 - ayant présenté une progression de la maladie pendant au moins une hormonothérapie dans le cas d'un cancer métastatique, ou une récurrence pendant le traitement adjuvant ou dans les 12 mois suivant la fin de ce traitement;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation *in situ* (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le capivasertib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la PI3K, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

CARFILZOMIB :

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé à la suite d'un à trois traitements pharmacologiques;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que le carfilzomib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur du protéasome, à l'exception du bortézomib, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

- ◆ en association avec la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé à la suite d'un à trois traitements pharmacologiques;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Les autorisations sont données pour un maximum de 18 cycles de traitement.

Il est à noter que le carfilzomib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur du protéasome, à l'exception du bortézomib, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un myélome multiple récidivant ou réfractaire, selon l'indication reconnue pour l'isatuximab.

CARIPRAZINE :

- ◆ pour le traitement de la schizophrénie.

CASPOFONGINE (acétate de) :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.
- ◆ pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.
- ◆ pour le traitement de la candidose œsophagienne chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à l'itraconazole ou au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.
- ◆ pour le traitement antifongique empirique chez une personne neutropénique fébrile en présence d'un échec, d'une intolérance ou d'une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

CEFTOBIPROLE :

- ◆ pour le traitement de la pneumonie nosocomiale non acquise sous ventilation assistée lorsqu'un antibiotique contre le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline est indiqué et que la vancomycine ainsi que le linézolide sont inefficaces, contre-indiqués ou non tolérés.

CEFTOLOZANE (sulfate de)/TAZOBACTAM SODIQUE :

- ◆ pour le traitement d'infections graves ou compliquées, lorsque l'antibiogramme démontre qu'au moins un des pathogènes responsables est :
 - résistant aux antibiotiques standards usuellement recommandés, à moins que ces antibiotiques soient contre-indiqués ou non tolérés ;
et
 - sensible à l'association ceftolozane/tazobactam.

CÉMIPLIMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement d'un carcinome épidermoïde cutané métastatique ou localement avancé chez les personnes qui ne sont pas admissibles à la chirurgie, ni à la radiothérapie curatives et qui présentent un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères IRECIST confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le cémiplimab n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un anticorps ciblant le PD1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome épidermoïde cutané.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur ne présente pas de mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR ni de réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*;
et
 - dont le pourcentage de cellules tumorales exprimant PD-L1 est d'au moins 50 %;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1;
et
 - dont les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères IRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 36 cycles de 21 jours.

Il est à noter que le cémiplimab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, s'il a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ♦ en association avec une chimiothérapie à base d'un sel de platine, pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique ne présentant aucune mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR ni aucun réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement par le cémipimab est de 36 cycles de 21 jours.

Il est à noter que le cémipimab n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 s'il a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

CÉNOBAMATE :

- ♦ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec à deux médicaments anticonvulsifs appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

CÉRITINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé non résécable ou métastatique chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
et
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration du crizotinib, à moins d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

CERTOLIZUMAB PEGOL :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun.

L'un des 2 agents doit être le méthotrexate, à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le certolizumab sont données à raison de 400 mg pour les 3 premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies d'une dose maximale de 200 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le certolizumab sont données à raison de 400 mg pour les 3 premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies d'une dose maximale de 200 mg toutes les 2 semaines ou de 400 mg toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le certolizumab sont données à raison de 400 mg pour les 3 premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies d'une dose maximale de 200 mg toutes les 2 semaines ou de 400 mg toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le certolizumab sont données à raison de 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, suivis d'une dose maximale de 200 mg toutes les 2 semaines ou de 400 mg toutes les 4 semaines.

CÉTUXIMAB :

- ◆ en association avec la radiothérapie, pour le traitement de première intention, du carcinome épidermoïde localement avancé de la tête et du cou de stade III ou IV, en l'absence de métastase lorsque qu'une chimiothérapie à base d'un sel de platine est indiquée, mais ne peut être utilisée en raison d'un ensemble de conditions médicales.
- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique exprimant l'EGFR chez les personnes :
 - présentant un gène *RAS* non muté;
 - et
 - réfractaires aux chimiothérapies à base d'irinotécan et d'oxaliplatine et qui ont reçu un traitement par fluoropyrimidine;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que le cétuximab n'est pas autorisé à la suite d'un échec à un anticorps anti-EGFR si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer colorectal métastatique.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer colorectal présentant une mutation V600E du gène *BRAF*, selon l'indication reconnue pour l'encorafenib.

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ◆ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.

CINACALCET (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes dialysées ayant une hyperparathyroïdie secondaire grave avec un taux de parathormone intacte supérieur à 88 pmol/L mesuré à 2 reprises à l'intérieur d'une période de 3 mois, malgré un traitement optimal à base de chélateurs du phosphore et de vitamine D à moins d'une intolérance importante ou d'une contre-indication à ces agents, et ayant soit :
 - une calcémie corrigée $\geq 2,54$ mmol/L;
 - ou
 - une phosphorémie $\geq 1,78$ mmol/L;
 - ou
 - un produit phosphocalcique $\geq 4,5$ mmol²/L²;
 - ou
 - des manifestations ostéoarticulaires symptomatiques.

Le traitement optimal à base de vitamine D se définit comme suit : une dose hebdomadaire minimale de 3 mcg de calcitriol ou d'alfacalcidol.

CLADRIBINE (Co.) :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, dont le score à l'échelle EDSS est inférieur à 7 et :
 - qui ont présenté au moins une poussée au cours de la dernière année, dont l'une doit être survenue alors que la personne prenait depuis au moins 6 mois l'un des agents modificateurs de la maladie inscrits sur la liste des médicaments pour le traitement de première intention de cette maladie;
 - ou
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance à au moins 2 agents modificateurs de la maladie inscrits à la liste des médicaments pour le traitement de première intention de cette maladie.

L'autorisation de la demande est pour une période maximale de deux ans.

CLINDAMYCINE (phosphate de), Cr. Vag. :

- ◆ pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du premier trimestre de la grossesse.
- ◆ lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré.

COBIMÉTINIB :

- ◆ en association avec le vémurafénib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le cobimétinib, en association avec le vémurafénib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

COLÉSÉVÉLAM (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de l'hypercholestérolémie, chez les personnes dont le risque cardiovasculaire est élevé :
 - en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance;
 - lors d'une contre-indication à un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine);
 - lors d'une intolérance ayant mené à un arrêt de traitement d'au moins 2 inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statine).

COLLAGÉNASE :

- ◆ pour le débridement des plaies en présence de tissu dévitalisé. L'autorisation est accordée pour une durée maximale de traitement de 60 jours.

CRISANTASPASE RECOMBINANTE :

- ◆ en association avec une polychimiothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë (LLA) ou du lymphome lymphoblastique (LLB), chez les personnes qui ont développé une hypersensibilité à l'asparaginase dérivée d'*Escherichia coli*.

CRIZOTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique chez les personnes :

- dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique chez les personnes :

- dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
et
- dont le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie de première intention à base d'un sel de platine, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :

- dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ROS1*;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que le crizotinib n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un inhibiteur de la tyrosine kinase *ROS1*, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

CROVALIMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne qui présentent une hémolyse, corroborée par une concentration sérique de lactate déshydrogénase élevée, et dont l'état de santé est caractérisé par au moins 1 des éléments suivants :

- un événement thromboembolique traité par un anticoagulant;
- l'administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des 12 derniers mois;
- une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;
- une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités quotidiennes ou d'hypertension artérielle pulmonaire;
- une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min;
- des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés est requis.

Les personnes en cours de traitement par l'éculizumab ou le ravulizumab et qui en ont obtenu le remboursement en vertu de leur indication reconnue pour le paiement sont admissibles au remboursement du crovalimab sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve d'un bon contrôle des symptômes de la maladie. Ce dernier est défini par une diminution de l'hémolyse corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement par l'éculizumab ou le ravulizumab.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois, aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel :

- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 40 kg et inférieur à 100 kg : 1 000 mg au jour 1, 340 mg aux jours 2, 8, 15, 22 et 680 mg au jour 29 puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 100 kg : 1 500 mg au jour 1, 340 mg aux jours 2, 8, 15, 22 et 1020 mg au jour 29 puis toutes les 4 semaines.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par une diminution de l'hémolyse, corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement avec un inhibiteur du complément.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois aux doses maximales décrites plus haut.

Il est à noter que le crovalimab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre inhibiteur du complément C5. L'utilisation du crovalimab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement par le pegcétacoplan.

Il est à noter que le traitement ou le retraitement par le crovalimab est autorisé chez les personnes ayant reçu une autorisation de paiement pour un inhibiteur du complément selon l'indication reconnue, mais ayant dû le cesser en raison par exemple d'une difficulté d'administration, d'une absence d'effet clinique bénéfique, d'une grossesse ou d'autres circonstances.

CYANOCOBALAMINE, Co. L.A. et Sol. Orale :

- ♦ pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B₁₂.

CYCLOSPORINE, Emuls. Oph. (unidose) 0,1 % (0,3 mL) :

- ♦ pour le traitement de la kératoconjonctivite vernale grave.

CYCLOSPORINE, Emuls. Oph. (unidose) 0,05 % et Emuls. Oph. (unidose) 0,05 % (0,4 mL) :

- ♦ Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche modérée à grave, chez les personnes présentant une réponse inadéquate à au moins un lubrifiant oculaire sous forme de solution, de gel ou de pommade ophtalmique appliqué quatre fois par jour ou plus, et ce, sur une durée appropriée.

CYSTÉAMINE, Sol. Oph. :

- ♦ pour la réduction des dépôts cornéens de cristaux de cystine chez les personnes âgées d'au moins 2 ans qui sont atteintes de cystinose.

CYSTÉAMINE (bitartrate de) :

- ◆ pour le traitement des patients atteints de cystinose néphropathique confirmée par la présence d'une mutation sur le gène *CTNS*.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique défini par un taux de cystine intra-leucocytaire ≤ 2 nanomoles d'hémicystine par milligramme de protéine à au moins un dosage par année. Trois dosages d'hémicystine doivent être réalisés, à intervalle de trois à quatre mois, au cours de l'année.

DABIGATRAN ETEXILATE :

- ◆ pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'événement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire non valvulaire nécessitant une anticoagulothérapie.

DABRAFÉNIB (mésylate de) :

- ◆ en monothérapie ou en association avec le tramétinib pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le dabrafénib, en association avec le tramétinib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en association avec le tramétinib, pour le traitement adjuvant d'un mélanome exprimant une mutation V600 du gène *BRAF*, avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, chez les personnes :
 - dont le mélanome a été complètement réséqué;
 - et
 - dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

DALBAVANCINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des infections bactériennes aiguës de la peau et des tissus mous, prouvées ou présumées à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), chez les adultes lorsqu'une antibiothérapie intraveineuse est requise.

- ◆ pour le traitement des infections bactériennes aiguës de la peau et des tissus mous, prouvées ou présumées à des microorganismes à Gram positif autres que le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), chez les adultes :
 - présentant un risque élevé d'inobservance à un autre traitement antibiotique, en raison d'une problématique psychosociale documentée;
et
 - lorsqu'une antibiothérapie intraveineuse est requise.

DANAPAROÏDE SODIQUE :

- ◆ comme alternative à l'héparine régulière ou aux héparines de faible poids moléculaire chez les patients présentant ou ayant présenté une thrombocytopénie induite par ces héparines.

DAPAGLIFLOZINE :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace ou
 - en association avec une sulfonylurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection $\leq 40\%$);
et
 - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.
- ◆ pour le traitement des adultes atteints de néphropathie chronique et qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), à moins de contre-indication ou d'intolérance.

DAPAGLIFLOZINE (INSUFFISANCE CARDIAQUE, FRACTION D'ÉJECTION $>40\%$) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II à IV de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une fraction d'éjection ventriculaire gauche de plus de 40% ;
et
 - dont le taux de *brain natriuretic peptide* (BNP) ou de *N-Terminal Pro-brain natriuretic peptide* (NT-proBNP) a permis de confirmer le diagnostic d'insuffisance cardiaque.

DAPAGLIFLOZINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

DARATUMUMAB, Sol. Inj. S.C. :

- ◆ en association avec la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire chez les personnes :
 - dont la maladie n'est pas réfractaire à la lénalidomide;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que le daratumumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant la protéine CD38, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

- ◆ en association avec le bortézomib et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire chez les personnes :
 - dont la maladie n'est pas réfractaire à un inhibiteur du protéasome;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que le daratumumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant la protéine CD38, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

- ◆ en association avec la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement de première intention du myélome multiple symptomatique, chez les personnes :
 - qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

- ◆ en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone, pour le traitement de première intention du myélome multiple symptomatique, chez les personnes :
 - qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

- ◆ pour le traitement de première intention de l'amylose à chaîne légère (AL), chez les personnes :
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2;
et
 - dont la classe au *Mayo Cardiac Staging System* est de I, II ou IIIa ou dont la classe à la *New York Heart Association* (NYHA) est de I, II ou III;
et
 - dont au moins un organe est affecté;
et
 - n'ayant pas présenté de diagnostic antérieur ou ne présentant pas un diagnostic actuel de myélome multiple symptomatique;
et
 - qui ne recevront pas d'autogreffe de moelle osseuse en concomitance avec ce traitement.

L'autorisation initiale est donnée pour une période maximale de 6 cycles de traitement, en association avec la cyclophosphamide, le bortézomib et la dexaméthasone.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

À partir du cycle 7, les autorisations subséquentes sont données pour une utilisation en monothérapie. Chaque demande est autorisée pour une période de 6 cycles.

La durée maximale totale du traitement est de 24 cycles.

- ◆ en association avec le bortézomib, la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement d'induction suivi ou non de consolidation du myélome multiple symptomatique chez les personnes :
 - qui sont candidates à une greffe de cellules souches;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

L'autorisation est donnée pour une période maximale de 6 cycles de traitement.

- ◆ en association avec la lénalidomide, pour le traitement d'entretien du myélome multiple, après la greffe de cellules souches, chez les personnes ayant reçu le daratumumab en association avec le bortézomib, la lénalidomide et la dexaméthasone comme traitement d'induction.

Les autorisations sont données pour des durées maximales de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer son effet bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ◆ en association avec le bortézomib, la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement d'induction du myélome multiple symptomatique nouvellement diagnostiqué, chez les personnes :
 - qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

L'autorisation est donnée pour un maximum de 12 injections pour une période de 8 cycles de 21 jours de traitement.

- ◆ en association avec la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement d'entretien du myélome multiple symptomatique nouvellement diagnostiqué, chez les personnes n'ayant pas bénéficié d'une greffe de cellules souches hématopoïétiques et ayant reçu le daratumumab en association avec le bortézomib, la lénalidomide et la dexaméthasone en traitement d'induction.

Les autorisations sont données pour des durées maximales de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

DARATUMUMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ◆ en association avec la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire chez les personnes :
 - dont la maladie n'est pas réfractaire à la lénalidomide;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que le daratumumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant la protéine CD38, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

- ◆ en association avec le bortézomib et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire chez les personnes :
 - dont la maladie n'est pas réfractaire à un inhibiteur du protéasome;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que le daratumumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant la protéine CD38, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

- ◆ en association avec le bortézomib, le melphalan et la prednisone, pour le traitement de première intention du myélome multiple symptomatique, chez les personnes :
 - qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

- ◆ en association avec la lénalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement de première intention du myélome multiple symptomatique, chez les personnes :
 - qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

DICLOFÉNAC SODIQUE Sol. Oph. :

- ◆ pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués.

DARBÉPOÉTINE ALFA :

- ◆ pour le traitement de l'anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 ml/min).
- ◆ pour le traitement de l'anémie non hémolytique chronique et symptomatique non causée par une carence en fer, en acide folique ou en vitamine B₁₂ :
 - chez les personnes présentant une tumeur non myéloïde traitées par un agent antinéoplasique et dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/L.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit la preuve d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins 40x10⁹/l ou une augmentation du taux d'hémoglobine d'au moins 10 g/l. Un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/l devrait être visé.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, définis précédemment, sont maintenus. Autrement le traitement doit être cessé.

DAROLUTAMIDE :

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant un risque élevé de développer des métastases à distance malgré un traitement de privation androgénique. Le risque élevé est défini par un temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique inférieur ou égal à 10 mois;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en association au docetaxel et une thérapie privation androgénique (TPA), pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes :
 - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le darolutamide n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération, s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

- ◆ pour la poursuite du traitement d'un cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes ayant reçu un traitement associant le darolutamide, une thérapie de privation androgénique et le docetaxel en milieu hospitalier durant 6 cycles de 21 jours ou dont le docetaxel a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes :
 - n'ayant pas reçu de thérapie par privation androgénique (TPA) pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique ;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le darolutamide n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

DARUNAVIR, Co. 600 mg :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un autre inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral, à au moins trois inhibiteurs de la protéase.

- ◆ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une absence de sensibilité aux autres inhibiteurs de la protéase, jumelée à une résistance pour l'une ou l'autre des classes des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, ou aux deux, et :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
et
 - dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/ μ L;
et
 - pour qui l'utilisation du darunavir est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

DASATINIB :

- ◆ pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique, chez les adultes qui présentent l'échec ou une réponse sous-optimale à au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ou une intolérance sérieuse à celui-ci;

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase accélérée chez les adultes :
 - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib;
ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aigüe avec chromosome de Philadelphie chez les adultes qui présentent un échec ou une intolérance sérieuse à l'imatinib et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique par la preuve d'une réponse hématologique.

DAUNORUBICINE / CYTARABINE LIPOSOMALE :

- ♦ en monothérapie pour le traitement de la leucémie myéloïde aigüe secondaire à un traitement (LMA-t) ou de la leucémie myéloïde aigüe avec caractéristiques myélodysplasiques (LMA-CM) nouvellement diagnostiquée chez les adultes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

L'autorisation est donnée pour un maximum de 2 cycles d'induction et de 2 cycles de consolidation.

DÉFIBROTIDE SODIQUE :

- ♦ pour le traitement d'un syndrome d'obstruction sinusoïdale chez les personnes ayant reçu une transplantation de cellules souches hématopoïétiques et présentant une dysfonction rénale ou pulmonaire.

DEUCRAVACITINIB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le deucravacitinib sont données à raison d'un maximum de 6 mg par jour.

Il est à noter que le deucravacitinib n'est pas autorisé s'il est administré en concomitance avec un traitement systémique standard ou biologique indiqué pour le traitement du psoriasis en plaques.

DEXAMÉTHASONE, Implant intravitréen :

- ◆ pour le traitement de l'œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est accordée pour un traitement d'une durée maximale d'un an, avec un maximum de deux implants par œil atteint.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique chez les patients pseudophaques lorsque le traitement par un anti-VEGF est inefficace, contre-indiqué ou non toléré. L'œil à traiter doit également satisfaire aux deux critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/15 et 6/60;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 300 µm.

L'administration recommandée est d'un maximum d'un implant par 6 mois par œil. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison d'un maximum de 3 implants par année et par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

DIMÉTHYLE (fumarate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

DINUTUXIMAB :

- ◆ en association avec l'isotrétinoïne, l'interleukine-2 et le facteur stimulant les colonies de granulocytes et de macrophages, pour le traitement d'entretien du neuroblastome à haut risque, chez les enfants et les adolescents :

- qui ont complété la thérapie d'induction et le traitement de consolidation multimodal, y compris la greffe de cellules souches autologues et la radiothérapie;
et
- qui ont au moins atteint une réponse partielle avant la greffe de cellules souches;
et
- dont le statut de performance est de 50 % ou plus selon l'échelle de Karnofsky.

L'autorisation est donnée pour un maximum de 6 cycles de traitement.

Il est à noter qu'un protocole de traitement modifié qui n'inclut pas l'interleukine-2 ne sera pas autorisé.

DIPYRIDAMOLE / ACÉTYLSALICYLIQUE (acide) :

- ◆ pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire.

DONÉPÉZIL (chlorhydrate de) :

- ♦ en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou à 28 en présence d'une justification pertinente;
- confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement au donépézil est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments qui suivent :

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

DORNASE ALFA :

- ♦ lors d'initiation du traitement chez des personnes de plus de 5 ans atteintes de fibrose kystique dont la capacité vitale forcée est plus de 40 p. cent de la valeur prédite. La durée de l'autorisation initiale maximale sera de 3 mois.
- ♦ lors d'un traitement de maintien chez les personnes pour lesquelles le prescripteur fournit l'évidence d'un effet clinique bénéfique. L'autorisation sera d'une durée maximale d'un an.

DOSTARLIMAB :

- ♦ en association avec le carboplatine et le paclitaxel, puis en monothérapie, pour le traitement du cancer de l'endomètre en 1^{re} intention au stade avancé ou en 1^{re} récurrence chez les personnes :
 - n'ayant jamais reçu de thérapie systémique anticancéreuse, ou ayant reçu un traitement systémique néoadjuvant ou adjuvant antérieurement et présentant une récurrence ou une progression de la maladie au moins 6 mois après la fin du traitement;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

Le dostarlimab n'est pas autorisé lorsqu'un traitement à visée curative par chirurgie ou radiothérapie seule ou en combinaison est indiqué, ni en concomitance avec de la radiothérapie adjuvante.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence ou de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le dostarlimab est de 3 ans.

DOXORUBICINE (chlorhydrate de) LIPOSOMES PÉGYLÉS :

- ◆ pour le traitement du sarcome de Kaposi lié au sida chez les personnes ayant une numération de CD4 < 200/mm³ et dont la maladie a évolué malgré un traitement préalable ou qui n'ont pas toléré une chimiothérapie associant au moins deux de ces agents : un alcaloïde du vinca, une anthracycline et la bléomycine.
- ◆ pour le traitement du cancer avancé de l'ovaire chez les personnes dont la maladie a évolué malgré une chimiothérapie associant le paclitaxel et un sel de platine ou chez celles qui ne l'ont pas tolérée.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire, d'un cancer des trompes de Fallope ou d'un cancer péritonéal primaire, selon l'indication reconnue pour le bevacizumab.

DULAGLUTIDE :

- ◆ en association avec la metformine, pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont le contrôle glycémique est inadéquat et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m² lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) d'au moins 0,5 % ou par l'atteinte d'une valeur cible de 7 % ou moins.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale hebdomadaire de 1,5 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'HbA1c adaptée au patient.

DUPILUMAB :

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans et plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base.
ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le dupilumab sont données à raison d'une dose initiale maximale de 600 mg, suivie d'une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 6 ans ou plus atteints d'asthme grave, présentant pour l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :

- une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 150 cellules/microlitre ($0,15 \times 10^9/l$);
et
- des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne de 1 corticostéroïde inhalé à dose élevée, de 1 agoniste β_2 à longue action et l'essai de 1 antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou de 1 antimuscarinique à longue action en inhalation;
et
- au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations, comme défini précédemment, et le résultat à 1 des questionnaires suivants pour l'année de référence :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
- Asthma Control Test (ACT);
- Childhood-Asthma Control Test (C-ACT);
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une augmentation de 2 points ou plus au C-ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose initiale maximale de 600 mg, suivie d'une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'asthme grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur confirme une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalant à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle donnée avant le début du traitement par le dupilumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose initiale maximale de 600 mg, suivie d'une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines.

DURVALUMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé et inopérable, chez les personnes :
 - dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont le traitement de chimioradiothérapie antérieur s'est terminé au cours des 6 dernières semaines;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

Il est à noter que le durvalumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base d'étoposide et d'un sel de platine, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon à petites cellules de stade étendu, chez les personnes :
 - dont les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées ou asymptomatiques;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le durvalumab n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon à petites cellules au stade limité. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de gemcitabine et d'un sel de platine, pour le traitement du cancer des voies biliaires localement avancé non résectable ou métastatique, chez les personnes :
 - qui ne sont pas atteintes d'un cancer de l'ampoule de Vater;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères RECIST, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le durvalumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer des voies biliaires.

- ◆ en association avec le trémélimumab pour la première dose puis en monothérapie, pour le traitement de première intention du carcinome hépatocellulaire non résectable et nécessitant un traitement systémique, chez les personnes :
 - dont la maladie correspond au stade BCLC B ou C (*Barcelona Clinic Liver Cancer*);
 - et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ◆ en association avec le carboplatine et le paclitaxel, puis en monothérapie, pour le traitement du cancer de l'endomètre en 1^{re} intention au stade avancé ou en 1^{re} récurrence, associé à une déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes :
 - n'ayant jamais reçu de thérapie systémique anticancéreuse, ou ayant reçu un traitement systémique néoadjuvant ou adjuvant antérieurement et présentant une récurrence ou une progression de la maladie au moins 6 mois après la fin du traitement;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

Le durvalumab n'est pas autorisé lorsqu'un traitement à visée curative par chirurgie ou radiothérapie seule ou en combinaison est indiqué, ni en concomitance avec de la radiothérapie adjuvante.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence ou de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ◆ en association avec la gemcitabine et le cisplatine, pour le traitement néoadjuvant du cancer de la vessie avec envahissement musculaire opérable, puis en monothérapie pour le traitement adjuvant après la cystectomie radicale, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation est de 4 cycles de 21 jours pour la phase néoadjuvante et de 8 cycles de 28 jours pour la phase adjuvante.

- ◆ en association avec le trémélimumab et une chimiothérapie à base de sel de platine pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique ne présentant aucune mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ni aucun réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que le durvalumab en association avec le trémélimumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, s'il a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon à petites cellules au stade limité, chez les personnes :
 - dont la maladie n'a pas progressé après une chimioradiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont le traitement de chimioradiothérapie antérieur s'est terminé au cours des 6 dernières semaines;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 24 mois.

ÉCULIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne symptomatique qui présentent une hémolyse, corroborée par une concentration sérique de lactate déshydrogénase élevée, et dont l'état de santé est caractérisé par au moins 1 des éléments suivants :
 - un événement thromboembolique traité avec un anticoagulant;
 - une administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des 12 derniers mois;
 - une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;
 - une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités de la vie quotidienne ou d'hypertension artérielle pulmonaire;
 - une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 ml/min;
 - des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés est requis.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois, aux doses maximales suivantes :

- 600 mg tous les 7 jours pendant les 4 premières semaines, suivis de
- 900 mg pour la 5^e dose 1 semaine plus tard, et
- 900 mg toutes les 2 semaines par la suite.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par une diminution de l'hémolyse corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique avant le début du traitement.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois à la dose maximale de 900 mg toutes les 2 semaines.

Il est à noter que l'éculizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre inhibiteur du complément C5 ni avec l'iptacopan. L'utilisation de l'éculizumab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement par le pegcétacoplan.

Il est à noter que le traitement ou le retraitement par l'éculizumab est autorisé chez les personnes ayant reçu une autorisation de paiement pour un inhibiteur du complément selon l'indication reconnue mais ayant dû le cesser en raison, par exemple, d'une difficulté d'administration, d'une absence d'effet clinique bénéfique, d'une grossesse ou d'autres circonstances.

ÉDARAVONE, Susp. Orale :

- ◆ pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), chez les personnes qui présentent chacun des éléments suivants :
 - un diagnostic de la SLA définitif ou probable selon les critères diagnostiques d'El Escorial révisés;
 - des symptômes de la maladie depuis moins de 2 ans;
 - un score d'au moins 2 points pour chaque élément de l'échelle ALSFRS-R, sauf pour la dyspnée, l'orthopnée et l'insuffisance respiratoire, pour lesquelles un score de 4 points est requis;
 - une capacité vitale forcée supérieure à 80 % de la valeur prédite;
 - pas de trachéotomie;
 - une clairance à la créatinine supérieure à 50 ml/min;
 - une autonomie préservée.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'une absence de trachéotomie chez son patient.

Les personnes qui ont obtenu un remboursement de l'édaravone I.V. en vertu de son indication reconnue pour le paiement sont admissibles au remboursement de l'édaravone orale sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve de l'absence de trachéotomie avant le début du traitement par l'édaravone orale.

EFGARTIGIMOD ALFA :

- ◆ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à IV selon la classification Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine; et
 - un score d'au moins 5 points sur l'échelle *Myasthenia Gravis-Activities of Daily Living* (MG-ADL), attribué à plus de 50 % à des symptômes non oculaires; et
 - un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase, 1 corticostéroïde et 1 immunosuppresseur non stéroïdien, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale, sans détérioration clinique).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations concernant l'efgartigimod alfa sont données à raison de 1 dose maximale de 10 mg/kg (jusqu'à 1 200 mg) 1 fois par semaine pour un maximum de 6 cycles de 4 semaines par année. Il est à noter que l'efgartigimod alfa n'est pas autorisé de façon concomitante avec un inhibiteur du complément ou un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance de l'efgartigimod alfa avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aigüe.

Il est également à noter que l'efgartigimod alfa n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

ÉLÉXACAFITOR/TÉZACAFITOR/IVACAFITOR ET IVACAFITOR (EMBALLAGE COMBINÉ) :

- ◆ pour le traitement de la fibrose kystique, chez les personnes :
 - âgées de 2 ans ou plus;
et
 - présentant une mutation $\Delta F508$ ou une mutation délétère reconnue comme répondante au Trikafta^{MC} dans la monographie canadienne du produit sur au moins un allèle du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène *CFTR*);
et
 - n'ayant pas reçu de greffe pulmonaire.

Les autorisations sont données pour une période maximale de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données permettant de démontrer les effets cliniques bénéfiques du traitement.

Il est à noter que le traitement d'association éléxacaftor/tézacaftor/ivacaftor n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament correcteur ou potentialisateur de la protéine CFTR.

ELTROMBOPAG :

- ◆ pour le traitement de la thrombopénie immune, chez les personnes :
 - ayant reçu un traitement d'une durée appropriée à base de corticostéroïdes ou d'immunoglobulines intraveineuses, à moins de contre-indication;
et
 - ayant une numération plaquettaire :
 - inférieure ou égale à $30 \times 10^9/l$;
ou
 - entre $30 \times 10^9/l$ et $50 \times 10^9/l$, ainsi que des saignements ou un risque augmenté de saignements documenté.

L'autorisation initiale est donnée pour une durée maximale de 4 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit la preuve d'une augmentation cliniquement significative de la numération plaquettaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'augmentation cliniquement significative de la numération plaquettaire est maintenue. Autrement, le traitement doit être cessé.

EMPAGLIFLOZINE :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;
ou
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) adaptée au patient.

- ◆ pour le traitement du diabète de type 2, en association avec un ou plusieurs agents antidiabétiques, chez les personnes ayant des antécédents de maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) et dont l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) est $\geq 7\%$.

Lors de la demande initiale, le prescripteur devra préciser la nature de la maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS).

EMPAGLIFLOZINE/METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement de l'empagliflozine.

ENCORAFÉNIB :

- ◆ en association avec un inhibiteur du récepteur du facteur de croissance épidermique humain, pour le traitement du cancer colorectal métastatique présentant un variant pathogène V600E du gène *BRAF* après un traitement antérieur, chez les personnes :
 - présentant un gène *RAS* non muté;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Si l'un des médicaments de l'association doit être cessé, en raison d'une intolérance, l'autre médicament ne peut être poursuivi au-delà de 3 semaines.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'encorafénib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur *BRAF*, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un cancer colorectal. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en association avec le binimétinib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résectable ou métastatique présentant une mutation *BRAF* V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que l'encorafénib, en association avec le binimétinib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

ENFORTUMAB VÉDOTINE :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome urothélial localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - qui ont déjà reçu une chimiothérapie à base d'un sel de platine au stade avancé ou métastatique; si celle-ci a été administrée dans un contexte néoadjuvant ou adjuvant, la progression devait survenir dans les 12 mois suivant la dernière dose du sel de platine;
et
 - dont le cancer a progressé pendant ou après l'administration d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'enfortumab védotine n'est pas autorisé à la suite de l'échec de ce dernier s'il a été administré pour le traitement du carcinome urothélial localement avancé non résécable ou métastatique.

- ◆ en association avec le pembrolizumab, pour le traitement de 1^{re} intention du carcinome urothélial localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le traitement n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome urothélial. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

ENTRECTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ROS1*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'entrectinib n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un inhibiteur de la tyrosine kinase *ROS1*, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

ENZALUTAMIDE :

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'une chimiothérapie à base de docetaxel à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'enzalutamide n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - asymptomatiques ou légèrement symptomatiques après l'échec d'un traitement anti-androgénique;
et
 - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie à base de docetaxel;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'enzalutamide n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate non métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - exposées à un risque élevé de développer des métastases à distance malgré un traitement de privation androgénique. Le risque élevé est défini par un temps de doublement de l'antigène prostatique spécifique inférieur ou égal à 10 mois;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique sensible à la castration, chez les personnes :
 - n'ayant pas reçu de TPA pendant plus de 6 mois pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique.
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie est maintenu. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'enzalutamide n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

EPCORITAMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre précision, d'un LDGCB découlant d'un lymphome indolent, d'un lymphome à cellules B de haut grade, d'un lymphome médiastinal primitif à cellules B ou d'un lymphome folliculaire de grade 3B, récidivant ou réfractaire après au moins 2 intentions de traitement systémique. Les personnes doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :
 - avoir déjà reçu une thérapie incluant un anticorps dirigé contre le CD20 et une chimiothérapie;
 - et
 - présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1;
 - et
 - ne pas pouvoir recevoir une immunothérapie par cellules T à récepteur antigénique chimérique (CAR-T) ou avoir déjà reçu une thérapie cellulaire CAR-T.

La durée de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'epcoritamab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps bispécifique dirigé contre le CD20 et le CD3 s'il a été administré pour le traitement du lymphome à grandes cellules B.

ÉPLÉRÉNONE :

- ◆ pour les personnes présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %) après un infarctus aigu du myocarde, lorsque l'administration de l'éplérénone commence dans les jours suivant l'infarctus en complément de la thérapie standard.
- ◆ pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique de classe II de la New York Heart Association (NYHA) qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 35 %), en complément de la thérapie standard.

ÉPLONTENSEN :

- ◆ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh). À l'instauration du traitement, la personne :
 - doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
 - doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
 - doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
 - ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg d'éplontersen une fois par mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que l'éplontersen n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'ATTRh.

ÉPOÉTINE ALFA :

- ◆ pour le traitement de l'anémie liée à l'insuffisance rénale chronique grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 ml/min).
- ◆ pour le traitement de l'anémie non hémolytique chronique et symptomatique non causée par une carence en fer, en acide folique ou en vitamine B₁₂ chez les personnes:
 - présentant une tumeur non myéloïde traitées par un agent antinéoplasique et dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/l;
 - non cancéreuses dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/l.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit la preuve d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins $40 \times 10^9/l$ ou une augmentation du taux d'hémoglobine d'au moins 10 g/l. Un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/l devrait être visé.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, définis précédemment, sont maintenus. Autrement le traitement doit être cessé.

ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

EPTINÉZUMAB :

- ◆ pour le traitement prophylactique des migraines chez les personnes ayant au moins 4 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society :
 - en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsivant ou en cas d'inefficacité de ceux-ci.

Dans la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre de jours de migraine par mois.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Dans la demande de poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une diminution d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine par mois, par rapport à la valeur de base, soit celle précédant la 1^{re} administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (*calcitonin gene related peptide*; CGRP) ou sur son récepteur.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'utilisation concomitante de 2 médicaments ciblant le CGRP (c.-à-d. gépant ou anticorps contre le CGRP) pour le traitement prophylactique des migraines n'est pas permise.

ERDAFITINIB :

- ◆ En monothérapie, pour le traitement du carcinome urothélial localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un variant pathogène du gène *FGFR3* sensible au traitement;
et
 - dont la maladie a progressé pendant ou après au moins 1 intention de traitement; si un traitement a été administré en contexte néoadjuvant ou adjuvant, la progression de la maladie doit être survenue au cours des 12 mois suivant son arrêt.
et
 - dont le cancer a progressé pendant ou après l'administration d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

ÉRIBULINE (mésylate d') :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de troisième intention ou plus du cancer du sein métastatique chez les personnes :
 - ayant progressé malgré l'administration d'une anthracycline et d'une taxane administrées dans le contexte adjuvant ou métastatique, à moins d'une contre-indication à l'un de ces agents.
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

ESLICARRBAZÉPINE (acétate d') :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

ESMOLOL (chlorhydrate d'), Sol. Inj. :

- ◆ pour utilisation en bolus afin de prévenir, chez les personnes à risque, l'hypertension et les tachycardies supraventriculaires lors de la période per-opératoire.

ESTRADIOL-17B, Timbre cut. :

- ◆ chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ESTRADIOL-17B / NORÉTHINDRONE (acétate de) :

- ◆ chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ÉTANERCEPT :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents utilisé doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'un maximum de 50 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants, soit :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison de 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
- et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'étaercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'étaercept sont données à raison d'un maximum de 50 mg 2 fois par semaine.

ÉTRASIMOD (L-ARGININE D') :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ÉTRAVIRINE :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
ou
 - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;
 - et
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
ou
 - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

Dans le cas où une thérapie incluant un autre inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

- ◆ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une résistance à au moins un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, et :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
et
 - dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/ μ L;
et
 - pour qui l'utilisation de l'étravirine est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

ÉVÉROLIMUS :

- ◆ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, après l'échec d'au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ciblant le récepteur du VEGF, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en association avec l'exémestane, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (anastrozole ou létrozole) dans le contexte adjuvant ou métastatique;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines non fonctionnelles, et bien différenciées du tube digestif ou du poumon, non résécables, à un stade avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé au cours des 6 mois précédents;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite de traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien ou modérément différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'évérolimus n'est pas autorisé en association avec le sunitinib, ni à la suite de l'échec du sunitinib si celui-ci a été administré pour le traitement de tumeurs neuroendocrines pancréatiques.

ÉVINACUMAB:

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage; et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend :
 - chez les personnes de 5 à 11 ans, une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité; ou
 - chez les personnes de 12 ans ou plus, une thérapie comprenant au moins 3 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité.
 - Le phénotype est défini par les 3 éléments suivants :
 - des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
 - la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
 - la présence chez les 2 parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % de C-LDL par rapport aux valeurs précédant le début du traitement par l'évinacumab. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg/kg toutes les 4 semaines.

ÉVOLOCUMAB :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage; et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité.

Le phénotype est défini par les 3 éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les 2 parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur au moment de commencer le traitement par l'évolocumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la diminution d'au moins 20 % de la concentration de C-LDL est maintenue. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour l'évolocumab sont données à raison d'une dose maximale de 420 mg toutes les 2 semaines.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe), confirmée par génotypage ou par phénotypage, chez qui l'utilisation d'une statine à dose optimale en association avec l'ézétimibe n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

En prévention primaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 % par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant, et par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l.

En prévention secondaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 1,8 mmol/l.

Le génotypage est défini par la présence d'une des mutations causant l'HFHe chez le patient.

Le phénotypage est défini par une concentration de C-LDL de base > 4,5 mmol/l chez les adultes de 18 à 39 ans, > 5,0 mmol/l chez les adultes de 40 ans ou plus, ou sur le C-LDL imputé si la valeur de base est inconnue, et au moins 1 des éléments suivants :

- Le diagnostic d'HFHe définitif est positif en présence d'au moins 1 des critères majeurs suivants :
 - la présence d'une mutation des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 causant l'hypercholestérolémie familiale chez un parent du 1^{er} degré;
 - la présence de xanthomes tendineux;
 - une concentration de C-LDL de base $\geq$ 8,5 mmol/l.
- Le diagnostic d'HFHe probable est positif en présence d'au moins 1 des critères mineurs suivants :
 - la présence d'une histoire familiale d'une concentration de C-LDL de base $\geq$ 4,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé < 18 ans, $\geq$ 4,5 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 18 à 39 ans ou $\geq$ 5,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 40 ans ou plus;
 - la présence de maladie coronarienne athéroscléreuse chez le patient ou un parent du 1^{er} degré âgé < 55 ans pour un homme et < 65 ans pour une femme.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution ≥ 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur de base. La valeur de base est définie par le taux de C-LDL en période de traitement par une statine et l'ézétimibe, le cas échéant.
ou
- une concentration de C-LDL $< 2,5$ mmol/l en prévention primaire ou < 2 mmol/l en prévention secondaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement définis précédemment sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

♦ pour la prévention des événements cardiovasculaires, chez les patients :

- ayant subi un syndrome coronarien aigu au cours des 24 derniers mois;
et
- ayant des taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) $\geq 1,8$ mmol/l;
et
- dont le contrôle de la cholestérolémie n'est pas adéquat :
 - malgré 3 mois d'utilisation concomitante d'une statine à dose optimale et d'ézétimibe;
ou
 - malgré 3 mois d'utilisation d'une statine à dose optimale ou d'ézétimibe en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'un ou l'autre de ces médicaments;
ou
 - parce que ni une statine ni l'ézétimibe ne peuvent être utilisés en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse.

L'essai de 2 statines est exigé pour conclure à une intolérance aux statines.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 4 mois.

Lors des demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique défini par :

- une diminution d'au moins 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur précédant le début du traitement à l'évolocumab;
ou
- l'atteinte de la cible des taux de C-LDL.

Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES :

♦ pour le traitement des symptômes de la rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.

La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen de graminées oraux est de trois saisons polliniques consécutives, peu importe le produit utilisé.

Il est à noter que les extraits allergéniques de pollen de graminées ne sont pas autorisés en association avec l'immunothérapie sous-cutanée.

FARICIMAB :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'oeil à traiter doit également satisfaire aux trois critères suivants :

- dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
- absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le prescripteur;
- évolution de la maladie au cours des trois derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'administration recommandée est de 1 dose de 6 mg par mois les 4 premiers mois et tous les 2, 3 ou 4 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le faricimab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire diabétique. L'épaisseur du centre de la rétine de l'oeil à traiter doit être supérieure ou égale à 250 µm.

L'administration recommandée est de 1 dose de 6 mg par mois les 6 premiers mois et tous les 2 mois par la suite ou de 1 dose de 6 mg par mois les 4 premiers mois et tous les 2, 3 ou 4 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'oedème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le faricimab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou le ranibizumab pour traiter le même oeil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'oeil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'oedème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le faricimab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un oedème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'oeil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/120;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le faricimab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même oeil.

FÉBUXOSTAT :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant des complications d'une hyperuricémie chronique, comme des dépôts d'urate mis en évidence par des tophus ou une arthrite goutteuse, en présence de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'allopurinol.

FÉDRATINIB :

- ♦ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :
 - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base;
et
 - une maladie à risque intermédiaire 2 ou élevé selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
et
 - un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie confirmée par imagerie ou par l'examen physique et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le fédératinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinase utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

FÉSOTÉRODINE (fumarate de) :

- ♦ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

FIDAXOMICINE :

- ◆ pour le traitement de l'infection à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) chez les personnes présentant :
 - au moins un des facteurs de risque de récurrence suivants :
 - Âge $\geq$ 65 ans;
 - Immunosuppression grave;
 - ou
 - une première récurrence d'infection, soit la réapparition de symptômes nécessitant un traitement dans les 12 semaines suivant la guérison clinique de l'infection initiale;
 - ou
 - une allergie à la vancomycine.

Les autorisations sont données pour un maximum de 20 comprimés de 200 mg par épisode d'infection.

FINÉRÉNONE :

- ◆ en ajout au traitement standard pour les adultes atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 qui présentent de façon persistante un débit de filtration glomérulaire estimé d'au moins 25 ml/min/1,73 m² ainsi qu'un taux d'albuminurie d'au moins 3 mg/mmol (ou 30 mg/g).

Par traitement standard, on entend l'administration d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ainsi que d'un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2), sauf en cas de contre-indication médicale ou d'intolérance grave à l'un ou l'autre de ces agents pharmacologiques.

Il est à noter que la finérénone ne sera pas autorisée de façon concomitante avec un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes stéroïdiens (par ex., spironolactone et éplérénone).

Les autorisations concernant la finérénone sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 20 mg.

FINGOLIMOD (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes qui ont eu un diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente à évolution rapide, dont le score à l'échelle EDSS est inférieur à 7, et qui ont dû cesser le natalizumab pour des raisons médicales.

La durée maximale des autorisations est d'un an. Lors des demandes subséquentes, le score à l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente dont le score à l'échelle EDSS est inférieur à 7 :
 - qui ont présenté au moins une poussée au cours de la dernière année, dont l'une doit être survenue alors que la personne prenait depuis au moins 6 mois l'un des agents modificateurs de la maladie inscrits sur la liste des médicaments pour le traitement de première intention de cette maladie;
 - ou
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance à au moins deux agents modificateurs de la maladie inscrits à la liste des médicaments pour le traitement de première intention de cette maladie.

La durée maximale de chaque autorisation est d'un an. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

FLUCONAZOLE, Susp. Orale :

- ◆ pour le traitement de la candidose oesophagienne.
- ◆ pour le traitement de la candidose oropharyngée ou d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir des comprimés de fluconazole.

FOLLITROPINE ALPHA :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ◆ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.

FOLLITROPINE BÊTA :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ◆ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.
- ◆ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer, en association avec une gonadotrophine chorionique.

L'homme doit avoir été préalablement traité par une gonadotrophine chorionique, en monothérapie, pendant au moins 6 mois.

FOLLITROPINE DELTA :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ◆ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires.
- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté dans la dernière année au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - chez qui l'usage de 2 bronchodilatateurs à longue action depuis au moins 6 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par 1 agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
 - qui reçoivent déjà 1 agoniste β_2 à longue action, 1 antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

FOSAPRÉPITANT :

- ◆ comme thérapie antiémétique de première intention des nausées et vomissements la première journée d'un traitement de chimiothérapie hautement émétisante, en association avec la dexaméthasone et un antagoniste des récepteurs de 5-HT₃. Ce dernier doit aussi être administré uniquement au cours de la première journée du traitement de chimiothérapie.

FOSLÉVODOPA/FOSCARBIDOPA :

- ◆ pour le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé qui :
 - reçoivent un traitement optimisé par des combinaisons d'antiparkinsoniens comprenant au moins 5 prises par jour de lévodopa administrée par voie orale;
et
 - présentent des fluctuations motrices occasionnant une atteinte fonctionnelle significative et une réduction importante de la qualité de vie, notamment :
 - des périodes « off » pendant au moins 2 h de leur temps d'éveil;
ou
 - des périodes « on » avec dyskinésies incommodantes d'au moins 1 h par jour;
 - et
 - ne présentent pas de troubles cognitifs susceptibles d'affecter leur capacité à utiliser le dispositif d'administration, à moins de bénéficier de l'aide permettant d'y pallier.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'amélioration des fluctuations motrices (notamment, l'augmentation des périodes « on » sans dyskinésies, la diminution des périodes « off » ou la diminution des akinésies matinales) et documenter les bénéfices fonctionnels procurés par le traitement.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

FRÉMANEZUMAB :

- ◆ pour le traitement prophylactique des migraines chez les personnes ayant au moins 4 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society :
 - en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsivant ou en cas d'inefficacité de ceux-ci.

Dans la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre de jours de migraine par mois.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Dans la demande de poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une diminution d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine par mois, par rapport à la valeur de base, soit celle précédant la 1^{re} administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (*calcitonin gene related peptide*; CGRP) ou sur son récepteur..

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'utilisation concomitante de 2 médicaments ciblant le CGRP (c.-à-d. gépant ou anticorps contre le CGRP) pour le traitement prophylactique des migraines n'est pas permise.

FRUQUINTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance sur l'ECOG de 0 ou 1 ainsi que l'échec des thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
 - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine;
et
 - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine;
et
 - un traitement incluant le bevacizumab;
et
 - en présence d'un gène *RAS* non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab;
et
 - un traitement incluant l'association trifluridine/tipiracil.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

FULVESTRANT :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le palbociclib.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer de sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le ribociclib.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le capivasertib.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'abémaciclib.
- ◆ en association avec l'inavolisib et le palbociclib, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'inavolisib.

GALANTAMINE (bromhydrate de) :

- ◆ en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou à 28 en présence d'une justification pertinente;
- confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la galantamine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments qui suivent :

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

GALCANÉZUMAB :

- ◆ pour le traitement prophylactique des migraines chez les personnes ayant au moins 4 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society :
- en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsivant ou en cas d'inefficacité de ceux-ci.

Dans la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre de jours de migraine par mois.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Dans la demande de poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une diminution d'au moins 50 % du nombre de jours de migraine par mois, par rapport à la valeur de base, soit celle précédant la 1^{re} administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (*calcitonin gene related peptide*; CGRP) ou sur son récepteur.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'utilisation concomitante de 2 médicaments ciblant le CGRP (c.-à-d. gépant ou anticorps contre le CGRP) pour le traitement prophylactique des migraines n'est pas permise.

GEMTUZUMAB OZOGAMICINE :

- ♦ en association avec une chimiothérapie d'induction de type 7+3 (comprenant une anthracycline et de la cytarabine) et de consolidation pour le traitement des adultes atteints d'une leucémie myéloïde aigüe *de novo*, CD33-positive, qui n'ont jamais été traités.

L'autorisation pour le gemtuzumab ozogamicine est donnée pour un maximum d'un cycle d'induction et de deux cycles de consolidation, soit jusqu'à 5 doses au total d'un maximum de 4,5 mg chacune.

Il est à noter que le gemtuzumab ozogamicine n'est pas autorisé pour le traitement de la leucémie promyélocytaire aigüe.

GILTÉRITINIB :

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'une leucémie myéloïde aigüe récidivante ou réfractaire avec une mutation du gène de la tyrosine kinase-3 de type FMS (FLT3) chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 120 mg par jour.

GIVOSIRAN :

- ♦ pour le traitement prophylactique de la porphyrie hépatique aigüe (PHA) chez les personnes :
 - ayant un diagnostic de porphyrie aigüe intermittente (PAI), porphyrie par déficit en acide delta-aminolévulinique déshydratase (PDA), coproporphyrine héréditaire (CPH) ou porphyrie variegata (PV), avec mutation pathogénique confirmée ou en présence de paramètres biochimiques et cliniques cohérents;
et
 - présentant des taux urinaires de porphobilinogène (PBG) et d'acide delta aminolévulinique (delta-ALA) au moins quatre fois plus élevés que les limites supérieures à la normale (LSN) ou présentant un taux urinaire de delta-ALA au moins quatre fois plus élevé que la LSN si ces personnes sont atteintes de PDA;
et
 - ayant eu au moins 4 crises de porphyrie dans les 12 derniers mois qui ont mené à une hospitalisation, une consultation médicale d'urgence ou l'administration d'hémine par voie intraveineuse malgré l'évitement des facteurs précipitants.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réduction du nombre ou de la sévérité des crises, telle qu'une réduction des hospitalisations, de l'utilisation de l'hémine par voie intraveineuse ou des manifestations cliniques.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison d'une dose maximale de 2,5 mg/kg une fois par mois.

GLATIRAMÈRE (acétate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

GLATIRAMÈRE (acétate de) - (GLATECT) :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

GLÉCAPRÉVIR / PIBRENTASVIR :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC et qui ne présentent pas de cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, 2, 4, 5 ou 6, qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un traitement à base d'interféron alfa pégylé ou à base de sofosbuvir, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A, ni un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes sans cirrhose et pour une période maximale de 12 semaines chez les personnes qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4 ou équivalent).

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 3, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à une association ribavirine/interféron alfa pégylé ou à une association sofosbuvir/ribavirine, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A, ni par un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 16 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un inhibiteur de la protéase NS3/4A, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un inhibiteur de la protéine NS5A, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 16 semaines.

GLIMÉPIRIDE :

- ♦ lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

GLOFITAMAB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de 3^e intention ou plus d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre précision, d'un LDGCB découlant d'un lymphome folliculaire ou d'un lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B. Les personnes doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :

- avoir déjà reçu une thérapie incluant un anticorps dirigé contre le CD20 et une chimiothérapie;
et
- présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1;
et
- ne pas pouvoir recevoir une immunothérapie par cellules T à récepteur antigénique chimérique (CAR-T) ou avoir déjà reçu une thérapie cellulaire CAR-T.

La durée de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Le glofitamab s'administre pour un maximum de 12 cycles de 21 jours.

Il est à noter que le glofitamab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps bispécifique dirigé contre le CD20 et le CD3 s'il a été administré pour le traitement du lymphome à grandes cellules B.

- ◆ en association avec la gemcitabine et l'oxaliplatine, puis en monothérapie, pour le traitement de 2^e intention ou plus d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre précision, chez les personnes :
 - qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Le glofitamab s'administre pour un maximum de 12 cycles de 21 jours.

Il est à noter que le glofitamab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps bispécifique dirigé contre le CD20 et le CD3 s'il a été administré pour le traitement du lymphome à grandes cellules B.

GLUCAGON :

- ◆ pour le traitement des réactions hypoglycémiques sévères chez les personnes traitées à l'insuline, lorsque :
 - la prise de glucides par voie orale n'est pas possible;
et
 - l'administration de dextrose par voie intraveineuse et de glucagon par voie parentérale n'est pas une option, pour des raisons d'organisation des soins ou des ressources.

GLYCOPYRROLATE :

- ◆ pour la réduction de la sialorrhée chronique grave chez les enfants et adolescents avec des troubles neurologiques associés à une sialorrhée problématique.

GOLIMUMAB, Sol. Inj. S.C. (stylo) et Sol. Inj. S.C. (ser) :

- ◆ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave. À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :
 - la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun.

L'un des 2 agents doit être le méthotrexate, à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

GOLIMUMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
- et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg/kg aux semaines 0 et 4, puis à 2 mg/kg toutes les 8 semaines.

GONADOTROPHINES :

- ♦ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ♦ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.
- ♦ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer, en association avec une gonadotrophine chorionique.

L'homme doit avoir été préalablement traité par une gonadotrophine chorionique, en monothérapie, pendant au moins 6 mois.

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ◆ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.
- ◆ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer.

En l'absence d'une spermatogénèse après un traitement d'au moins 6 mois, la poursuite du traitement en association avec une gonadotrophine est autorisée.

GRANISÉTRON (chlorhydrate de) :

- ◆ lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ lors d'un traitement de radiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ chez l'enfant lors de chimiothérapie ou de radiothérapie émétisante.
- ◆ lors d'un traitement :
 - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
 - ou
 - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

GUANFACINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et une amphétamine à moins d'intolérance grave ou d'une contre-indication.

La poursuite du traitement à partir de 18 ans est autorisée si le traitement a été amorcé avant cet âge, et qu'il a été remboursé conformément à l'indication reconnue pour le paiement. Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

GUANFACINE (chlorhydrate de) (Angita, Pro Doc, Sandoz et Takeda) :

- ◆ en association avec un psychostimulant, pour le traitement des enfants et des adolescents ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la condition avec le méthylphénidate et une amphétamine utilisés en monothérapie.

Avant de conclure à l'efficacité sous-optimale de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales.

GUSELKUMAB (MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour la forme sous-cutanée de guselkumab sont données à raison d'une dose maximale de 400 mg aux semaines 0, 4 et 8 puis à une dose maximale de 200 mg toutes les 4 semaines.

◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

GUSELKUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :

- en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
- lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le guselkumab sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 8 semaines.

HALOBÉTASOL (PROPIONATE D') / TAZAROTÈNE :

- ◆ Pour le traitement du psoriasis en plaques chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un analogue de la vitamine D ou d'un corticostéroïde topique de puissance moyenne ou élevée.

IBRUTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'ibrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :

- qui ont reçu au moins 1 traitement à base de rituximab;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'ibrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement du lymphome à cellules du manteau. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récidive ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères de l'International Workshop for Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM).

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

- ◆ en monothérapie pour 3 cycles, puis en association avec le vénétoclax, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La première autorisation est donnée pour une durée maximale de 6 cycles de 28 jours et l'autorisation subséquente est donnée pour une durée de 9 cycles, pour un total de 15 cycles.

Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ◆ en association avec le vénétoclax pour un maximum de 24 mois, puis en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :
 - qui ont reçu au moins 1 traitement à base de rituximab;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la maladie ne progresse pas. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'association vénétoclax/ibrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement du lymphome à cellules du manteau. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

ICATIBANT (acétate d') :

- ◆ pour le traitement des crises aiguës d'angio-œdème héréditaire (AOH) causées par un déficit en inhibiteur de la C1 estérase chez les adultes :
 - dont le diagnostic d'AOH de type I ou II a été confirmé par un dosage antigénique ou un dosage fonctionnel de l'inhibiteur de la C1 estérase inférieur aux valeurs normales;
 - et
 - ayant subi au moins une crise aiguë d'AOH confirmée médicalement.

Les autorisations seront données pour un maximum de 12 seringues d'icatibant par période de 12 mois.

ICOSAPENT ÉTHYLE :

- ◆ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en concomitance avec une statine, chez les patients :
 - ayant un taux de triglycérides sériques à 2,26 mmol/l ou plus;
 - et
 - dont l'utilisation d'une statine à dose optimale, en association ou non avec l'ézétimibe, pendant au moins 3 mois, a permis un contrôle adéquat des taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL).

IDÉLALISIB :

- ◆ en association avec le rituximab, pour le traitement de deuxième intention ou plus de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes :
 - qui ne sont pas admissibles à recevoir un traitement incluant un analogue des purines pour l'une des raisons suivantes :
 - état de santé trop précaire notamment en raison d'un âge avancé, d'une fonction rénale altérée ou d'un score total supérieur ou égal à 6 sur l'échelle *Cumulative Illness Rating Scale* (CIRS);
 - intervalle sans progression de moins de 36 mois à la suite d'un traitement combinant la fludarabine et le rituximab;
 - délétion 17p;
 - intolérance sérieuse;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation est de 8 cycles.

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de deuxième intention ou plus de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 8 cycles combinant l'idélalisib et le rituximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

IMATINIB (mésylate d') :

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase blastique ou accélérée.
- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la leucémie lymphoblastique aiguë avec chromosome de Philadelphie positif, réfractaire ou récidivante chez qui une transplantation de cellules souches est prévisible.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

- ◆ pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif :
 - combiné à une chimiothérapie parentérale, soit durant les phases d'induction et de consolidation;
 - ou
 - après une chimiothérapie parentérale, soit durant la phase de maintien.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

IMATINIB (mésylate d') – tumeur stromale gastro-intestinale :

- ◆ pour le traitement adjuvant d'une tumeur stromale gastro-intestinale avec présence du récepteur Kit (CD117) qui, à la suite d'une résection complète, présente un risque élevé de récurrence.

La durée maximale de l'autorisation est de 36 mois.

- ◆ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique avec présence du récepteur c-kit (CD117).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

IMIQUIMOD :

- ◆ pour le traitement des condylomes externes génitaux et périanaux ainsi que des condylomes acuminés.

La durée maximale de l'autorisation est de 36 semaines. Cette durée couvre 2 traitements de 16 semaines et la possibilité d'une pause entre les 2 traitements.

Au bout du 1^{er} traitement de 16 semaines, si la personne présente une diminution de l'étendue des lésions mais que ces dernières ne sont pas complètement disparues, le traitement peut être poursuivi pendant un 2^e traitement de 16 semaines.

INAVOLISIB :

- ◆ en association avec le palbociclib et le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, présentant un variant pathogène PIK3CA, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes :

- ayant présenté une récurrence de la maladie pendant une hormonothérapie adjuvante ou dans les 12 mois suivant la fin de ce traitement;
- et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 se définit par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation in situ (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 se définit par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec résultat négatif à l'ISH.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'inavolisib, en association avec le palbociclib et le fulvestrant, n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la PI3K, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

INCLISIRAN :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe), définie par génotypage ou par phénotypage, chez qui l'utilisation d'une statine à dose optimale en association avec l'ézétimibe n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

En prévention primaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 % par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant, et par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l.

En prévention secondaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 1,8 mmol/l.

Le génotypage est défini par la présence d'une des mutations causant l'HFHe chez le patient.

Le phénotypage est défini par une concentration de C-LDL de base > 4,5 mmol/l chez les adultes de 18 à 39 ans, > 5,0 mmol/l chez les adultes de 40 ans ou plus, ou sur le C-LDL imputé si la valeur de base est inconnue, et au moins 1 des éléments suivants :

- Le diagnostic d'HFHe définitif est positif en présence d'au moins 1 des critères majeurs suivants :
 - la présence d'une mutation des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 causant l'hypercholestérolémie familiale chez un parent du 1^{er} degré;
 - la présence de xanthomes tendineux;
 - une concentration de C-LDL de base $\geq$ 8,5 mmol/l.
- Le diagnostic d'HFHe probable est positif en présence d'au moins 1 des critères mineurs suivants :
 - la présence d'une histoire familiale d'une concentration de C-LDL de base $\geq$ 4,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé < 18 ans, $\geq$ 4,5 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 18 à 39 ans ou $\geq$ 5,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 40 ans ou plus;
 - la présence de maladie coronarienne athéroscléreuse chez le patient ou un parent du 1^{er} degré âgé < 55 ans pour un homme et < 65 ans pour une femme.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution $\geq$ 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur de base. La valeur de base est définie par le taux de C-LDL en période de traitement par une statine et l'ézétimibe, le cas échéant.
ou
- une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l en prévention primaire ou < 2 mmol/l en prévention secondaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, définis précédemment, sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

INCOBOTULINUMTOXINA :

- ◆ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme et d'autres conditions graves de spasticité.

Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

INDACATÉROL (acétate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes :
 - dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'une association d'un agoniste β_2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation pris à une dose moyenne ou élevée; et
 - ayant présenté au moins une exacerbation dans la dernière année; ou
 - qui reçoivent déjà un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis plus d'un an.

INDACATÉROL (acétate d') / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

INDACATÉROL (maléate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

INFLIXIMAB (REMICADE) :

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'une dose maximale de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 19 août 2020 et répondant aux indications suivantes :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique. La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois.
- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 3 mg/kg avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base; ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base; ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 8 semaines.

INÉBILIZUMAB :

- ◆ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les adultes porteurs d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins un épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois ou deux épisodes dans les 24 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisode dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser de prendre ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de 300 mg aux semaines 0 et 2, puis tous les 6 mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs prétraitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Il est à noter que l'inébilizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé pour le traitement du TSNMO.

INFLIXIMAB, Pd. Perf. I.V. :

- ◆ pour le traitement de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les 3 premières doses d'infliximab sont autorisées à raison d'un maximum de 5 mg/kg.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'une dose maximale de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
- et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
- ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
- ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6, puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

INFLIXIMAB, Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

Les autorisations concernant l'infliximab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses d'infliximab pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement de l'infliximab sous forme intraveineuse pour la polyarthrite rhumatoïde.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 120 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

Les autorisations sont données pour les patients qui ont reçu au préalable 3 doses d'infliximab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement d'infliximab sous forme intraveineuse pour la colite ulcéreuse.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les autorisations sont données pour les patients qui ont reçu au préalable 3 doses d'infliximab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement d'infliximab sous forme intraveineuse pour la maladie de Crohn.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

INOTUZUMAB OZOGAMICINE :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de sauvetage de première ou de deuxième intention de la leucémie lymphoblastique aiguë récidivante ou réfractaire à précurseurs B et exprimant le CD22 chez les adultes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

Pour les patients non admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques, le traitement n'est pas autorisé au-delà de 3 cycles en l'absence de rémission complète (RC) ou de rémission complète avec récupération hématologique incomplète (RCi). Un maximum de 6 cycles au total est autorisé pour ces patients.

Pour les patients admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques, un maximum de 3 cycles est autorisé.

INSULINE ASPARTE / INSULINE ASPARTE PROTAMINE :

- ♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INSULINE LISPRO / INSULINE LISPRO PROTAMINE :

- ♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. I.M. :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Les autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire présentant des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.

INTERFÉRON BÊTA 1-A, Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. (ser) :

- ◆ Les personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée sont admissibles à la continuation du paiement de l'interféron bêta-1a (Rebif), et ce, jusqu'à la conversion de leur état en une sclérose en plaques, en autant que son coût ait déjà été assumé, en vertu du régime général d'assurance médicaments, dans les 365 jours précédant le 3 juin 2013.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 22 mcg 3 fois par semaine.

INTERFÉRON BÊTA 1-B :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Les autorisations sont données à raison de 8 MUI aux 2 jours.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement, les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques, et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

IPILIMUMAB :

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'un mélanome non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - sans métastase cérébrale ou ayant des métastases cérébrales traitées et stables;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La dose maximale pour l'ipilimumab est de 3 mg/kg toutes les 3 semaines. L'autorisation est donnée pour un maximum de 4 doses.

- ◆ en association avec le nivolumab administré par voie intraveineuse, pour le traitement de 1^{re} intention des personnes atteintes d'un mélanome au stade localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le nivolumab Sol. Perf. I.V..

L'autorisation est donnée pour une dose maximale d'ipilimumab de 3 mg/kg toutes les 3 semaines pour 4 doses.

- ◆ en association avec le nivolumab administré par voie intraveineuse, pour le traitement de 1^{re} intention des personnes atteintes d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé, non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le nivolumab Sol. Perf. I.V.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale d'ipilimumab de 1 mg/kg toutes les 3 semaines pour 4 doses.

- ◆ en association avec le nivolumab administré par voie intraveineuse, pour le traitement de 1^{re} intention du mésothéliome pleural malin non résécable, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 24 mois.

- ◆ en association avec le nivolumab administré par voie intraveineuse et une chimiothérapie à base de sel de platine, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique ne présentant aucune mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ni aucun réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1 et dont:
 - le pourcentage de cellules tumorales exprimant le PD-L1 est inférieur à 1 %;
 - ou
 - le cancer du poumon non à petites cellules est de type épidermoïde.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de 1 mg/kg toutes les 6 semaines.

La durée maximale du traitement est de 24 mois.

Il est à noter que l'ipilimumab ne peut pas être poursuivi en monothérapie si le nivolumab Sol. Perf. I.V. est cessé.

Il est à noter que l'ipilimumab en association avec le nivolumab Sol. Perf. I.V. n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, s'il a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou la progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec le nivolumab administré par voie intraveineuse, pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer colorectal non résécable ou métastatique associé à une instabilité microsatellitaire élevée ou à une déficience du système de réparation des mésappariements, selon l'indication reconnue pour le nivolumab Sol. Perf. I.V.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale d'ipilimumab de 1 mg/kg toutes les 3 semaines pour 4 doses.

ISATUXIMAB :

- ◆ en association avec la pomalidomide et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant et réfractaire, chez les personnes :
 - ayant déjà reçu au moins deux intentions de traitements incluant la lénalidomide et un inhibiteur du protéasome;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que l'isatuximab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant la protéine CD38, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

Il est également à noter qu'en l'absence de progression de la maladie, l'ajout de l'isatuximab est autorisé chez les personnes ayant commencé un traitement associant la pomalidomide et la dexaméthasone, pour autant que celles-ci satisfassent aux exigences de la présente indication.

- ◆ en association avec le carfilzomib et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, chez les personnes :
 - ayant déjà reçu au moins une intention de traitement;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que l'isatuximab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant la protéine CD38, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

Il est également à noter qu'en l'absence de progression de la maladie, l'ajout de l'isatuximab est autorisé chez les personnes ayant commencé un traitement associant le carfilzomib et la dexaméthasone, pour autant que celles-ci satisfassent aux exigences de la présente indication.

ISAVUCONAZOLE :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive.
- ◆ pour le traitement de la mucormycose invasive.

IVABRADINE (chlorhydrate d') :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection ≤ 35 %;
et
 - qui sont en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est de 77 battements par minute ou plus;
et
 - qui ont été hospitalisées, ont eu une consultation à l'urgence ou dans une clinique d'insuffisance cardiaque, en raison d'une aggravation de leur insuffisance cardiaque, dans les 12 derniers mois;
et
 - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant et un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

IVACAFTOR :

- ◆ pour le traitement de la fibrose kystique chez les personnes :
 - porteuses de la mutation G551D du gène codant pour la protéine CFTR;
et
 - dont la fonction pulmonaire est altérée au point de nuire gravement aux activités de la vie quotidienne et dont la meilleure valeur du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) se détériore par rapport à celle des deux années précédentes.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve des effets cliniques bénéfiques définis par :

- une amélioration ou une stabilisation du VEMS;
et
- des répercussions positives sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou une diminution des exacerbations (surinfections).

Les autorisations sont données pour une dose biquotidienne d'ivacaftor de 150 mg.

IVOSIDENIB:

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de la leucémie myéloïde aiguë exprimant la mutation R132 du gène *IDH1*, chez les personnes qui ont reçu un traitement associant l'ivosidenib et l'azacitidine en milieu hospitalier et dont l'azacitidine a dû être cessée en raison d'une intolérance sérieuse.

La durée de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ◆ en association avec l'azacitidine administrée par voie parentérale, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie myéloïde aiguë exprimant la mutation R132 du gène *IDH1*, chez les personnes qui ne sont pas candidates à une chimiothérapie d'induction intensive en raison d'un âge avancé ou de comorbidités et dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'ivosidenib, en association avec l'azacitidine, n'est pas autorisé si la personne a déjà été exposée à un agent hypométhylant pour le traitement d'un syndrome myélodysplasique.

IXÉKIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ixékizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8, 10, 12 puis 80 mg toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ixékizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, suivies de 80 mg toutes les 4 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ixékizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, suivies de 80 mg toutes les 4 semaines.

KÉTOROLAC (trométhamine de) :

- ◆ pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués.

LACOSAMIDE, Co. :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés en monothérapie ou en combinaison).

LACOSAMIDE, Sol. Inj. I.V. :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire déjà sous traitement avec le lacosamide par voie orale, lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée.

LANTHANE HYDRATÉ (carbonate de) :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le lanthane hydraté ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le sévéler ou l'oxyhydroxyde suro-ferrique.

LAPATINIB :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement de première intention des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique positif pour les récepteurs hormonaux et surexprimant le récepteur HER2 :
 - qui ne peuvent recevoir le trastuzumab en raison d'une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 55 % ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

- ◆ pour le traitement du cancer du sein métastatique dont la tumeur surexprime le récepteur HER2, en association avec la capécitabine, chez les personnes présentant un cancer du sein ayant progressé après l'administration d'une taxane et d'une anthracycline, à moins d'une contre-indication à l'un de ces agents.

De plus, la maladie doit être en progression malgré un traitement par le trastuzumab administré au stade métastatique, à moins d'une contre-indication. Le statut de performance selon l'ECOG doit être de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

LAROTRECTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du fibrosarcome infantile ou du sarcome des tissus mous, métastatique ou dont la résection chirurgicale serait susceptible d'entraîner une morbidité grave, chez les personnes :
 - dont la tumeur est porteuse d'une fusion d'un gène *NTRK*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

LAZERTINIB :

- ◆ en association avec l'amivantamab, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'amivantamab.
- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique, chez les personnes ayant reçu un traitement associant l'amivantamab et le lazertinib en milieu hospitalier et dont l'amivantamab a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

LÉBRIKIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le lébrikizumab sont données à raison de 500 mg aux semaines 0 et 2, puis de 250 mg toutes les 2 semaines jusqu'à la semaine 16, puis de 250 mg 1 fois toutes les 4 semaines.

LÉDIPASVIR / SOFOSBUVIR :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose décompensée qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes sans cirrhose compensée et dont la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 6 millions UI/ml avant le traitement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines chez les autres personnes.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :
 - qui présentent une cirrhose compensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
 - qui présentent une cirrhose décompensée;
ou
 - qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :
 - qui présentent une cirrhose compensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
 - qui présentent une cirrhose décompensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine;
ou
 - qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe et qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

LENVATINIB, 10 mg, 14 mg, 20 mg, 24 mg :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé dans les 12 mois précédant l'amorce du traitement par le lenvatinib;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

LENVATINIB, 4 mg, 8 mg, 12 mg :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable, chez les personnes :
 - dont la maladie correspond au stade BCLC B ou C (*Barcelona Clinic Liver Cancer*);
et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le lenvatinib n'est pas autorisé à la suite d'un échec du sorafenib, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome hépatocellulaire.

LENVATINIB, 8 mg, 10 mg, 14 mg, 20 mg :

- ◆ pour le traitement du cancer de l'endomètre au stade avancé qui ne présente pas d'instabilité microsatellitaire élevée ou de déficience du système de réparation des mésappariements, selon l'indication reconnue pour le pembrolizumab.
- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de deuxième intention ou plus d'un cancer de l'endomètre au stade avancé qui ne présente pas d'instabilité microsatellitaire élevée ou de déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes ayant reçu pendant 24 mois un traitement associant le pembrolizumab et le lenvatinib ou dont le pembrolizumab a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes ayant reçu un traitement associant le pembrolizumab et le lenvatinib en milieu hospitalier durant 24 mois ou dont le pembrolizumab a dû être cessé.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en association avec le pembrolizumab, pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

LÉTERMOVIR :

- ♦ pour la prophylaxie d'une infection à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes séropositives pour le CMV et ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement doit être débuté dans les 28 jours suivant la greffe et être cessé au plus tard 100 jours après celle-ci.

LÉVOFLOXACINE, Sol. pour Inh. :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa* :
 - lorsque leur état se détériore malgré un traitement avec une formulation de tobramycine pour inhalation;
ou
 - lorsqu'elles sont intolérantes à une solution de tobramycine pour inhalation;
ou
 - lorsqu'elles sont allergiques à la tobramycine.

LINAGLIPTINE :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou mal tolérées;
ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

LINAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

LINÉZOLIDE, Co. :

- ♦ pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.
- ♦ pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine et sensibles au linézolide.

LINÉZOLIDE, Sol. Perf. I.V. :

- ♦ pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline et sensibles au linézolide lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée et que le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé.
- ♦ pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine et sensibles au linézolide lorsque le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé.

LIRAGLUTIDE :

- ♦ en association avec la metformine, pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont le contrôle glycémique est inadéquat et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m² lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) d'au moins 0,5 % ou par l'atteinte d'une valeur cible de 7 % ou moins.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 1,8 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'HbA1c adaptée au patient.

LISDEXAMFÉTAMINE (dimésylate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

LISOCABTAGÈNE MARALEUCEL :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome à grandes cellules B (LGCB) récidivant ou réfractaire (R/R) après au moins deux intentions de traitement systémique, y compris les adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre précision, d'un lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B, d'un lymphome à cellules B de haut grade ou d'un LDGCB résultant d'un lymphome folliculaire. Les personnes doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :

- présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1;
et
- n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19 au préalable.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par le lisocabtagène maraleucel n'est pas autorisé.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre précision, d'un lymphome médiastinal primitif à grandes cellules B, d'un lymphome à cellules B de haut grade ou d'un LDGCB issu d'un lymphome folliculaire, réfractaire à une immunochimiothérapie de 1^{re} intention à base de rituximab ou récidivant au cours des 12 mois suivant ce traitement. Les personnes doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :

- être candidates à une greffe de cellules souches;
et
- n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19;
et
- présenter un statut de performance sur l'ECOG de 0 ou 1.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par le lisocabtagène maraleucel n'est pas autorisé.

LOMITAPIDE (mésylate de) :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage;
et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité;
et
 - en association avec un traitement d'aphérèse des C-LDL à moins que l'accès à un centre d'aphérèse soit particulièrement difficile.

Le phénotype est défini par les trois éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les deux parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du C-LDL par rapport aux valeurs précédant le début du traitement par le lomitapide. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations pour le lomitapide sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 60 mg.

LORLATINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
et
 - qui n'ont jamais eu l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK*;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le lorlatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK* pour le traitement du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

LUMASIRAN SODIQUE :

- ♦ pour le traitement de l'hyperoxalurie primitive de type 1 (HP1).

Lors de l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu un diagnostic d'HP1 confirmé par un test génétique
et
- doit présenter, malgré l'optimisation des traitements standards :
 - un taux d'excrétion urinaire d'oxalate d'au moins 0,7 mmol/1,73 m²/24 h ;
ou
 - un rapport oxalate/créatinine urinaire supérieur à la limite supérieure de la valeur normale (LSN) en fonction de l'âge dans au moins 2 mictions ;
ou
 - un taux d'oxalate plasmatique d'au moins 20 µmol/l.
- et
- ne doit pas avoir eu de greffe de foie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors des demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve des effets bénéfiques par un des éléments suivants :

- un taux d'excrétion urinaire d'oxalate inférieur ou égal à 1,5 x LSN (taux d'excrétion urinaire d'oxalate sur 24 heures corrigé en fonction de la surface corporelle ou rapport oxalate/ créatinine urinaire) ;
- une réduction du taux d'oxalate plasmatique, par rapport à la valeur de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Dans la demande d'autorisation initiale ainsi que dans celles de poursuite de traitement, le prescripteur devra documenter les taux urinaire ou plasmatique d'oxalate, le débit de filtration glomérulaire estimé ainsi que la présence de symptômes (calculs rénaux, manifestations d'oxalose systémique).

Le traitement doit être arrêté si le patient a reçu une greffe de foie ou présente une perte de réponse, définie comme une augmentation persistante des taux d'oxalate urinaire ou plasmatique à la suite d'une réponse satisfaisante.

LUSPATERCEPT :

- ♦ pour le traitement des adultes présentant une anémie associée à une bêta(β)-thalassémie.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic confirmé de bêta thalassémie (y compris un diagnostic d'hémoglobine E/β-thalassémie ou de β-thalassémie combinée à l'alpha[α]-thalassémie);
et
- doit nécessiter des transfusions régulières de globules rouges définies par ≥ 6 culots de globules rouges transfusés et sans période d'indépendance aux transfusions de > 35 jours pendant les 24 semaines précédant le début du traitement;
et
- ne doit pas être atteinte d'hémoglobine S/β-thalassémie ou d'α-thalassémie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 1,25 mg/kg de luspatercept toutes les 3 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction de ≥ 4 culots de globules rouges transfusés pendant une période de 24 semaines par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement avec le luspatercept.

- ♦ pour le traitement des adultes présentant une anémie associée à un syndrome myélodysplasique.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic confirmé de syndrome myélodysplasique de risque très faible à intermédiaire avec sidéroblastes en couronne selon l'IPSS-R (*Revised International Prognostic Scoring System*);
et
- doit nécessiter des transfusions régulières de globules rouges, définies par ≥ 2 culots de globules rouges transfusés et sans période d'indépendance aux transfusions de plus de 56 jours pendant les 16 semaines précédant le début du traitement;
et
- doit présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2 inclusivement;
et
- ne doit pas remplir les critères diagnostics d'un SMD avec délétion 5q isolée;
et
- doit présenter une contre-indication, intolérance ou inefficacité à un traitement à base d'agents stimulants l'érythropoïèse ou lorsque ce traitement n'est pas indiqué.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 1,75 mg/kg de luspatercept toutes les 3 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors de la première demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction d'au moins 50 % du nombre de culots de globules rouges transfusés sur une période d'au moins 16 semaines par rapport aux valeurs de base antérieures au traitement par le luspatercept.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique.

LUTÉCIUM VIPIVOTIDE TÉTRAXÉTAN :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration exprimant l'antigène membranaire spécifique de la prostate, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite de l'usage d'un inhibiteur de la voie de signalisation du récepteur des androgènes de deuxième génération et d'une taxane;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 cycles. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations sont données pour un maximum de 6 cycles de traitement.

MACITENTAN :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

MARAVIROC :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et :
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;
 - et
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

Dans le cas où une thérapie incluant un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

- ◆ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une résistance à au moins un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, et :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
 - et
 - dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/μL;
 - et
 - pour qui l'utilisation du maraviroc est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

MARIBAVIR :

- ◆ pour le traitement des personnes greffées atteintes d'une infection ou maladie à cytomégalovirus réfractaire avec ou sans résistance à au moins un traitement antiviral administré antérieurement.

MAVACAMTEN :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMHo) symptomatique de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) :
 - qui présentent un pic du gradient de la chambre de chasse du ventricule gauche (CCVG) ≥ 50 mm Hg au repos, après une manœuvre de Valsalva ou à l'effort;
 - et
 - qui reçoivent un traitement optimisé comprenant un bêta-bloquant ou un bloquant des canaux calciques, à moins de contre-indication ou d'intolérance;
 - et
 - qui n'ont pas reçu dans les 12 derniers mois une thérapie de réduction septale (myectomie ou ablation par l'alcool).

La première autorisation est d'une durée maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par :

- une amélioration des symptômes de la CMHo ou de la classe fonctionnelle de la NYHA par rapport à l'évaluation précédant le début du traitement;
et
- une diminution du pic du gradient de la CCVG après une manœuvre de Valsalva ou à l'effort, par rapport à la valeur de base.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison d'une capsule par jour et d'une dose maximale quotidienne de 15 mg.

MÉMANTINE (chlorhydrate de) :

- ♦ en monothérapie chez les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer de stade modéré ou grave vivant à domicile c'est-à-dire qui ne vivent pas dans un Centre d'hébergement de soins de longue durée public ou privé conventionné.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE de 3 à 14;
- une confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la mémantine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où la mémantine fait suite à un traitement avec un inhibiteur de la cholinestérase, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

- En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par la stabilisation ou l'amélioration des symptômes dans au moins trois des domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois.

MÉPOLIZUMAB :

- ♦ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les adultes.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur confirme une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalant à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle donnée avant le début du traitement par le mépolizumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, tel que défini précédemment, sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg tous les mois.

- ◆ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les personnes âgées de 6 ans ou plus présentant ou ayant présenté :
 - une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 150 cellules/microlitre ($0,15 \times 10^9/l$) au moment d'amorcer le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme, ou d'au moins 300 cellules/microlitre ($0,3 \times 10^9/l$) au cours des 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme;
 - et
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne d'un corticostéroïde inhalé à dose élevée, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
 - et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue dans la dernière année ou dans les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave.

Pour la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations dans la dernière année, comme défini précédemment, et le résultat à l'un des questionnaires suivants :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
 - ou
- Asthma Control Test (ACT);
 - ou
- Childhood-Asthma Control Test (C-ACT);
 - ou
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
 - ou
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
 - ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
 - ou
- une augmentation de 2 points ou plus au C-ACT;
 - ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
 - ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;
 - ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer du maintien des effets bénéfiques du traitement par le mepolizumab par rapport aux valeurs de base. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg tous les mois.

- ◆ Pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave chez les adultes :
 - dont les polypes nasaux bilatéraux sont confirmés par endoscopie ou par tomodensitométrie; et
 - ayant eu besoin d'au moins 1 chirurgie endoscopique des sinus (CES) au cours des 5 années précédentes, à moins que la chirurgie ait été contre-indiquée; et
 - dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé par la prise de corticostéroïdes par voie nasale aux doses maximales tolérées pour une durée minimale de 12 semaines.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le résultat du questionnaire SNOT-22 (*Sino-Nasal Outcome test-22*) et le score de polyposse nasale (SPN) déterminé par endoscopie, tous 2 établis au départ ou avant l'instauration d'un autre médicament biologique indiqué pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave.

La demande initiale est autorisée pour une durée maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction du SNOT-22 ou du SPN par rapport aux valeurs de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

MÉTHYLPHÉNIDATE (chlorhydrate de), Caps. L.A. ou Co. L.A. (12 h) :

- ◆ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

MÉTRONIDAZOLE, Gel Vag. :

- ◆ pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième et troisième trimestres de la grossesse.
- ◆ pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par la voie orale.

MICAFUNGINE SODIQUE :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques chez les personnes qui subiront une transplantation de cellules souches hématopoïétiques.
- ◆ pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.

MIDOSTAURINE :

- ◆ en association avec la chimiothérapie d'induction (cytarabine et daunorubicine) et de consolidation (cytarabine), pour le traitement de la leucémie aigüe myéloblastique avec mutation du gène FLT3 nouvellement diagnostiquée.

Si la chimiothérapie est cessée, la poursuite du traitement avec la midostaurine est autorisée jusqu'à la fin du cycle. L'autorisation est donnée pour un maximum de deux cycles d'induction et de quatre cycles de consolidation. La midostaurine n'est pas autorisée pour le traitement de maintien de la leucémie aigüe myéloblastique.

MIRABEGRON :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

MIRIKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

MIRIKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour la forme sous-cutanée de mirikizumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

MODAFINIL :

- ◆ pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique.
- ◆ pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale.

MOGAMULIZUMAB :

- ◆ pour le traitement du lymphome T cutané de type mycosis fongoïde, de stade IB à IV, ou du syndrome de Sézary, après l'échec d'au moins un traitement systémique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

MOMÉLOTINIB (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :
 - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche, accompagnée d'une imagerie de base;
et
 - une maladie de risque intermédiaire ou élevé selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
et
 - une anémie modérée à grave définie par un taux d'hémoglobine ≤ 100 g/l;
et
 - un statut de performance sur l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie, confirmée par imagerie ou par l'examen physique, et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le momélotinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinases utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose, à moins que l'échec ne soit causé par la présence d'anémie.

NAPROXÈNE / ESOMÉPRAZOLE :

- ◆ pour le traitement des conditions médicales qui requièrent l'usage chronique d'un anti-inflammatoire non stéroïdien chez les personnes qui présentent au moins l'un des facteurs de risque de complication gastro-intestinale suivants :
 - personne âgée de 65 ans ou plus;
 - antécédent d'ulcère non compliqué des voies digestives hautes;
 - comorbidité, c'est-à-dire une condition médicale grave prédisposant à une exacerbation de la condition clinique de la personne à la suite de la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien;
 - médicaments concomitants prédisposant à une exacerbation du risque de complication gastro-intestinale;
 - usage de plus d'un anti-inflammatoire non stéroïdien.

NATALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente avec un score sur l'échelle EDSS inférieur à 7 avant le traitement et présentant une évolution rapide de la maladie définie comme suit :
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération incomplète au cours de la dernière année;
ou
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération complète au cours de la dernière année et :
 - présence d'au moins une lésion rehaussée par le gadolinium à la résonance magnétique (IRM);
ou
 - augmentation de 2 lésions hyperintenses en T2 ou plus par rapport à une IRM antérieure.

La durée maximale des autorisations est d'un an. Pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par rapport à l'évaluation faite avant de le commencer, soit :

- une réduction de la fréquence annuelle des poussées invalidantes au cours de la dernière année; et
- une stabilisation du score sur l'échelle EDSS ou une augmentation de moins de 2 points sans que le score excède 6,5.

On entend par poussée invalidante une poussée durant laquelle un examen neurologique confirme une névrite optique, un syndrome de la fosse postérieure (tronc cérébral et cervelet) ou des symptômes révélant une atteinte de la moelle épinière (myélite).

NÉTUPITANT / PALONOSÉTRON (chlorhydrate de) :

- ◆ En association avec la dexaméthasone, pour la prévention des nausées et vomissements durant la première journée d'un traitement de chimiothérapie hautement émétisante.

Les autorisations sont données à raison d'une dose par cycle de chimiothérapie.

NILOTINIB :

- ◆ pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique chez les adultes qui présentent l'échec ou une réponse sous-optimale à au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ou une intolérance sérieuse à celui-ci.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase accélérée chez les adultes :
 - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib; ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

NINTEDANIB (ésilate de) :

- ◆ pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les personnes :
 - ayant une capacité vitale forcée (CVF) de 50 % ou plus de la valeur prédite;
et
 - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
et
 - un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration de l'état du patient. La détérioration est définie par une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les derniers 12 mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, diminue de 10 % ou plus en valeur absolue sur une période de 12 mois, le traitement doit être arrêté.

- ◆ pour le traitement des maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques à phénotype progressif, autres que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les adultes ayant :
 - de la fibrose pulmonaire confirmée par tomodensitométrie à haute résolution ou par une biopsie;
et
 - une capacité vitale forcée (CVF) de 45 % ou plus de la valeur prédite;
et
 - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
et
 - un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir la preuve de la progression de la maladie définie par au moins un des événements suivants survenus dans les 24 derniers mois, soit :

- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, d'au moins 10 % en valeur relative;
- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 5 % à moins de 10 % en valeur relative et une aggravation des symptômes pulmonaires;
- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 5 % à moins de 10 % en valeur relative et une augmentation de l'étendue de la fibrose confirmée par tomodensitométrie;
- une aggravation des symptômes pulmonaires et une augmentation de l'étendue de la fibrose pulmonaire confirmée par tomodensitométrie.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes de poursuite de traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration de l'état du patient. La détérioration est définie par une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les 12 derniers mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, diminue de 10 % ou plus en valeur absolue sur une période de 12 mois, le traitement doit être arrêté.

NIRAPARIB / ABIRATÉRONE (acétate d') :

- ◆ en association avec la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant un variant pathogène germlinal ou somatique d'un gène *BRCA*;
et
 - pour qui la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée;
et
 - n'ayant pas reçu d'enzalutamide ou d'abiratéronne en association avec la prednisone pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration pendant plus de 4 mois dans l'attente des résultats d'un test génétique *BRCA* (germlinal ou somatique);
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'association niraparib/abiratéronne n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes, d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération ou d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérases, si ceux-ci ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

NIRAPARIB (tosylate de) :

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope, ou du cancer péritonéal primaire, chez les personnes :
 - qui ont reçu au moins 2 protocoles de chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont la maladie a progressé plus de 6 mois après la fin de l'avant-dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à leur dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter qu'un traitement d'entretien par le niraparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la PARP, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire.

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien d'une forme avancée (stade FIGO III ou IV) du cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire chez les personnes :

- qui ont obtenu une réponse tumorale objective à une chimiothérapie de première intention à base d'un sel de platine;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

L'autorisation ne sera pas renouvelée pour les personnes présentant une réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125) à la suite de 36 mois de traitement par le niraparib.

NIRSÉVIMAB :

- ♦ pour la prévention de la maladie grave des voies respiratoires inférieures causée par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nouveau-nés et nourrissons qui satisfont aux critères suivants :
- être âgés de moins de 6 mois au début de leur première saison du VRS ou pendant celle-ci;
ou
- être âgés de moins de 8 mois au début de leur première saison du VRS ou pendant celle-ci et présenter l'une des conditions suivantes :
 - nés à moins de 37 semaines de grossesse;
 - résidant dans une communauté isolée;ou
- être âgés de moins de 8 mois au début de leur première saison du VRS ou pendant celle-ci ou être âgés de moins de 19 mois au début de leur deuxième saison du VRS, et présenter l'une des conditions suivantes :
 - une dysplasie bronchopulmonaire;
 - une maladie pulmonaire chronique;
 - une cardiopathie congénitale ou une cardiomyopathie significative sur le plan hémodynamique;
 - une hypertension artérielle pulmonaire modérée ou grave;
 - la fibrose kystique;
 - le syndrome de Down;
 - une entrave importante de l'évacuation des sécrétions des voies aériennes en raison d'un trouble neuromusculaire ou d'anomalie congénitale des voies aériennes supérieures;
 - avoir subi une greffe de moelle osseuse, de cellules souches ou d'organe solide.

La dose de nirsévimab autorisée au début ou au cours de la première saison est de 50 mg pour les enfants de moins de 5 kg de poids corporel et de 100 mg pour ceux de 5 kg ou plus. Elle est de 200 mg pour la 2^e saison, quel que soit le poids corporel de l'enfant.

Une dose additionnelle au cours de la saison du VRS peut être envisagée chez les enfants soumis à un processus de circulation sanguine extracorporelle en raison d'une chirurgie cardiaque.

Il est à noter que les nouveau-nés et nourrissons dont la mère a reçu un vaccin dirigé contre le VRS, et qui sont nés plus de 2 semaines après l'administration du vaccin, ne sont pas admissibles au nirsévimab pour leur première saison du VRS.

NITISINONE :

- ♦ en association avec un régime alimentaire restrictif en tyrosine et en phénylalanine, pour le traitement des patients atteints de tyrosinémie héréditaire de type 1.

NITRAZÉPAM :

- ◆ pour la prise en charge des troubles épileptiques.

NIVOLUMAB, Sol. Inj S.C. :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome rénal au stade avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont :
 - le cancer a progressé malgré l'administration d'au moins 1 traitement anti-angiogénique;
 - et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement de l'adénocarcinome rénal.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un adénocarcinome rénal à cellules claires au stade localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le cabozantinib.

La durée maximale totale du traitement par le nivolumab est de 24 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé, non résécable ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes ayant reçu le traitement par le nivolumab administré par voie intraveineuse en association avec l'ipilimumab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ◆ pour le traitement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou au stade métastatique ou localement avancé, sans possibilité de traitement local à visée curative, chez les personnes dont :
 - la maladie a progressé pendant ou dans les 6 mois suivant la dernière dose d'une chimiothérapie à base de sel de platine;
 - et
 - les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables;
 - et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou. Dans le cas présent, l'échec est défini par une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer de l'oesophage ou de la jonction gastro-oesophagienne, chez les personnes dont :
 - le cancer a été complètement réséqué et qui présentent une maladie résiduelle pathologique après un traitement de chimioradiothérapie néoadjuvant;
et
 - la résection a été réalisée dans les 16 semaines précédentes;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale totale du traitement est de 12 mois.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine et de fluoropyrimidine, pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer localement avancé non résécable ou métastatique de l'oesophage, de la jonction gastro-oesophagienne ou de l'estomac, chez les personnes dont :
 - la tumeur est de type adénocarcinome et ne surexprime pas le récepteur HER2;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le nivolumab est de 24 mois.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement adjuvant du cancer de l'oesophage ou de la jonction gastro-oesophagienne. Dans le cas présent, l'échec est défini par la progression de la maladie au cours du traitement adjuvant ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes dont :
 - le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie à base de sel de platine. De plus, chez les personnes dont la tumeur présente une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ou un réarrangement du gène *ALK*, le cancer doit également avoir progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ou de l'*ALK*;
et
 - les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou la progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine, pour le traitement néoadjuvant du cancer du poumon non à petites cellules résécable (tumeur ≥ 4 cm ou atteinte ganglionnaire), chez les personnes dont :
 - la tumeur ne présente pas de mutation activatrice connue de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ni de réarrangement du gène *ALK*;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La radiothérapie administrée en concomitance ou de façon séquentielle avec la chimiothérapie néoadjuvante n'est pas autorisée.

La durée maximale du traitement est de 3 cycles.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du carcinome urothélial après résection radicale, chez les personnes :
 - présentant une maladie au risque de récurrence élevé selon l'analyse pathologique des tissus réalisée lors de la résection radicale, ce qui correspond à un stade ypT2 à ypT4 ou ypN+ selon les critères de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) pour les personnes ayant reçu une chimiothérapie néoadjuvante à base de cisplatine, ou à un stade pT3 à pT4a ou pN+ selon les critères de l'AJCC pour les personnes n'ayant pas reçu de chimiothérapie néoadjuvante à base de cisplatine et n'étant pas admissibles à une chimiothérapie adjuvante à base de cisplatine;
et
 - dont le pourcentage de cellules tumorales exprimant le PD-L1 est d'au moins 1 %;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

Le traitement adjuvant par le nivolumab doit être amorcé dans les 120 jours suivant la résection radicale du carcinome urothélial.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement par le nivolumab est de 12 mois.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome urothélial. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention d'un mélanome non résécable ou métastatique ne présentant pas de mutation V600 du gène *BRAF*, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant d'un mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, ou avec métastases à distance, chez les personnes dont :

- le mélanome a été complètement réséqué;
et
- la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
et
- le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant d'un mélanome cutané de stade pathologique IIB ou IIC, selon la 8e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes dont :

- le mélanome a été complètement réséqué;
et
- la dernière résection a été réalisée au cours des 12 semaines précédentes;
et
- le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

NIVOLUMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome rénal au stade avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont :

- le cancer a progressé malgré l'administration d'au moins 1 traitement anti-angiogénique;
et
- le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement de l'adénocarcinome rénal.

- ◆ en monothérapie pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique chez les personnes dont :
 - le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie à base de sel de platine. De plus, chez les personnes dont la tumeur présente une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ou un réarrangement du gène *ALK*, le cancer doit également avoir progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ou de l'*ALK*;
et
 - les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou la progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention d'un mélanome non résecable ou métastatique ne présentant pas de mutation V600 du gène *BRAF*, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD 1 ou le PD-L1, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant d'un mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, ou avec métastases à distance, chez les personnes dont :
 - le mélanome a été complètement résecqué;
et
 - la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

- ◆ pour le traitement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou au stade métastatique ou localement avancé, sans possibilité de traitement local à visée curative, chez les personnes dont :
 - la maladie a progressé pendant ou dans les 6 mois suivant la dernière dose d'une chimiothérapie à base de sel de platine;
et
 - les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome épidermoïde de la tête et du cou. Dans le cas présent, l'échec est défini par une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, chez les personnes dont :
 - la maladie a progressé après une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du lymphome de Hodgkin.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome de Hodgkin classique, chez les personnes dont :
 - la maladie a progressé après une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques et un traitement par le brentuximab védotine;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du lymphome de Hodgkin.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer de l'œsophage ou de la jonction gastro-œsophagienne, chez les personnes dont :
 - le cancer a été complètement réséqué et qui présentent une maladie résiduelle pathologique après un traitement de chimioradiothérapie néoadjuvant;
et
 - la résection a été réalisée dans les 16 semaines précédentes;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale totale du traitement est de 12 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du carcinome urothélial après résection radicale, chez les personnes :
 - présentant une maladie au risque de récurrence élevé selon l'analyse pathologique des tissus réalisée lors de la résection radicale, ce qui correspond à un stade ypT2 à ypT4 ou ypN+ selon les critères de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC) pour les personnes ayant reçu une chimiothérapie néoadjuvante à base de cisplatine, ou à un stade pT3 à pT4a ou pN+ selon les critères de l'AJCC pour les personnes n'ayant pas reçu de chimiothérapie néoadjuvante à base de cisplatine et n'étant pas admissibles à une chimiothérapie adjuvante à base de cisplatine;
 - et
 - dont le pourcentage de cellules tumorales exprimant le PD-L1 est d'au moins 1 %;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

Le traitement adjuvant par le nivolumab doit être amorcé dans les 120 jours suivant la résection radicale du carcinome urothélial.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement par le nivolumab est de 12 mois.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome urothélial. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en association avec l'ipilimumab, pour le traitement de 1^{re} intention d'un mélanome au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en association avec l'ipilimumab, pour le traitement de 1^{re} intention d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé, non résécable ou métastatique, caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes :
 - présentant des facteurs de risque intermédiaire ou de mauvais pronostic;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de traitement est de 4 cycles.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé, non résécable ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes ayant reçu le traitement par le nivolumab administré par voie intraveineuse en association avec l'ipilimumab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ◆ en association avec l'ipilimumab, pour le traitement de 1^{re} intention du mésothéliome pleural malin non résécable, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 24 mois.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine et de fluoropyrimidine pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer localement avancé non résécable ou métastatique de l'oesophage, de la jonction gastro-œsophagienne ou de l'estomac, chez les personnes dont :

- la tumeur est de type adénocarcinome et ne surexprime pas le récepteur HER2;
et
- le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le nivolumab est de 24 mois.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD 1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement adjuvant du cancer de l'oesophage ou de la jonction gastro-œsophagienne. Dans le cas présent, l'échec est défini par la progression de la maladie au cours du traitement adjuvant ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec l'ipilimumab et une chimiothérapie à base de sel de platine, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique ne présentant aucune mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ni aucun réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1 et dont :

- le pourcentage de cellules tumorales exprimant le PD-L1 est inférieur à 1 %;
ou
- le cancer du poumon non à petites cellules est de type épidermoïde.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 24 mois.

Il est à noter que le nivolumab Sol. Perf. I.V. en association avec l'ipilimumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, s'il a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou la progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ♦ en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine, pour le traitement néoadjuvant du cancer du poumon non à petites cellules résécable (tumeur ≥ 4 cm ou atteinte ganglionnaire), chez les personnes dont :

- la tumeur ne présente pas de mutation activatrice connue de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ni de réarrangement du gène *ALK*;
et
- le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La radiothérapie administrée en concomitance ou de façon séquentielle avec la chimiothérapie néoadjuvante n'est pas autorisée.

La durée maximale du traitement est de 3 cycles.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement adjuvant d'un mélanome cutané de stade pathologique IIB ou IIC, selon la 8^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes dont :

- le mélanome a été complètement réséqué;
et
- la dernière résection a été réalisée au cours des 12 semaines précédentes;
et
- le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'un adénocarcinome rénal à cellules claires au stade localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le cabozantinib.

La durée maximale totale du traitement par le nivolumab est de 24 mois.

- ♦ en association avec l'ipilimumab, pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer colorectal non résécable ou métastatique associé à une instabilité microsatellitaire élevée ou à une déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de nivolumab 240 mg toutes les 3 semaines pour 4 doses.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un cancer colorectal. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer colorectal non résécable ou métastatique associé à une instabilité microsatellitaire élevée ou à une déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes ayant reçu le traitement par le nivolumab administré par voie intraveineuse en association avec l'ipilimumab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 46 cycles de 14 jours ou 23 cycles de 28 jours.

Il est à noter que le nivolumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un cancer colorectal. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

NIVOLUMAB/RELATLIMAB :

- ♦ pour le traitement de première intention d'un mélanome au stade localement avancé non résectable ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le nivolumab/relatlimab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

NUSINERSEN :

- ♦ pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q confirmée par un test génétique montrant la présence d'un variant pathogène ou une délétion du gène *SMN1*.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter 2, 3 ou 4 copies du gène *SMN2*;
et
- ne pas dépendre d'une ventilation permanente. La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible;
et
- ne pas avoir été traitée par l'onasemnogène abéparvovec.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 12 mg par injection, à raison de 4 doses au cours des 2 premiers mois du traitement, puis d'une dose d'entretien tous les 4 mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Dans le cas d'une personne traitée par le nusinersen, ce dernier doit être cessé pour que celle-ci soit admissible au traitement par le risdiplam ou l'onasemnogène abéparvovec.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir des données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, telles qu'une amélioration des fonctions neuromotrices, une absence de détérioration significative de celles-ci ou un ralentissement des signes et symptômes associés à l'amyotrophie spinale par rapport à l'évolution naturelle prévue de la maladie. De même, le prescripteur doit spécifier que le patient n'est pas sous ventilation permanente. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence de ventilation permanente.

OBINUTUZUMAB :

- ♦ en association avec le chlorambucil, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique ou de stade C de Binet chez les personnes qui ne sont pas admissibles à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine.

Le traitement doit être arrêté dès la progression de la maladie. Les autorisations sont données pour une durée maximale de 6 cycles de traitement.

- ◆ en association avec la bendamustine, pour le traitement du lymphome folliculaire chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou au cours des 6 mois suivant un traitement à base de rituximab; et
 - n'ayant jamais reçu de bendamustine ou en ayant reçu il y a plus de 2 ans; et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

Le traitement doit être arrêté dès la progression de la maladie. Les autorisations sont données pour une durée maximale de traitement de 6 cycles de traitement.

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'entretien des personnes atteintes d'un lymphome folliculaire ayant répondu à un traitement d'induction avec l'association obinutuzumab/bendamustine.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations pour le traitement d'entretien sont données pour une durée maximale de 2 ans.

- ◆ en monothérapie jusqu'au jour 22 du cycle 1, puis en association avec le vénétoclax pour le traitement des personnes atteintes de leucémie lymphoïde chronique, selon l'indication reconnue pour le vénétoclax.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de leucémie lymphoïde chronique, selon l'indication reconnue pour l'acalabrutinib.
- ◆ en monothérapie, pour une dose unique de 1 000 mg administrée préalablement à un traitement par glofitamab.

OCRÉLIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive primaire présentant un résultat sur l'échelle EDSS de 3,0 à 6,5;

L'autorisation de la demande initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont d'une durée maximale d'un an. Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve que le résultat sur l'échelle EDSS demeure inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

ODÉVIXIBAT :

- ◆ pour le traitement du prurit chez les patients atteints d'une forme grave de cholestase intrahépatique familiale progressive (CIFP) de type 1 ou 2 dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou phénotypage, et qui :
 - présentent un prurit cholestatique important malgré la thérapie conventionnelle. Celui-ci est défini par un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION Observer-reported outcome (PRUCISION ObsRO), basé sur la compilation de 2 scores par jour sur une période d'au moins 2 semaines;
et
 - ne présentent pas de variant pathogène spécifique prédisant l'absence d'activité résiduelle de la protéine BSEP (pompe d'exportation des sels biliaires);
et
 - ne présentent pas de cirrhose décompensée;
et
 - n'ont pas reçu de dérivation hépatobiliaire ou de greffe hépatique.

La demande initiale est autorisée à une dose quotidienne de 40 mcg/kg pour une période maximale de 6 mois. Une autorisation pour une dose quotidienne de 120 mcg/kg (ne pouvant dépasser 7,2 mg) pourra être obtenue si le soulagement du prurit est insuffisant après un minimum de 3 mois de traitement à la dose quotidienne de 40 mcg/kg.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique objectivé par une réduction du score de prurit moyen hebdomadaire ≥ 1 point sur l'échelle PRUCISION ObsRO par rapport à la valeur précédant l'instauration du traitement et documenter l'amélioration de la qualité de vie, y compris le sommeil évalué sur une période d'au moins 2 semaines à l'aide, par exemple, de l'échelle PRUCISION ObsRO.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Le traitement doit être arrêté si le patient reçoit une dérivation biliaire ou une greffe hépatique.

- ◆ pour le traitement du prurit cholestatique chez les personnes atteintes du syndrome d'Alagille qui :
 - présentent une cholestase définie par un taux d'acides biliaires sériques supérieur à la limite supérieure de la normale selon l'âge du patient;
et
 - présentent un prurit cholestatique important malgré la thérapie conventionnelle. Celui-ci est défini par un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION Observer-reported outcome (PRUCISION ObsRO), basé sur la compilation de 2 scores par jour sur une période d'au moins 2 semaines;
et
 - ne présentent pas de cirrhose décompensée;
et
 - n'ont pas reçu de dérivation hépatobiliaire au cours des derniers 6 mois;
et
 - n'ont pas reçu de greffe hépatique.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par la réduction du score de prurit moyen hebdomadaire ≥ 1 point sur l'échelle PRUCISION ObsRO par rapport à la valeur précédant l'instauration du traitement, et documenter l'amélioration de la qualité de vie, y compris le sommeil, évalués sur une période d'au moins 2 semaines.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois. À la fin de chacune de ces périodes, le traitement avec l'odévixibat doit être interrompu. Une nouvelle demande pourra être autorisée pour une période maximale de 12 mois si le prescripteur fournit les données démontrant une rechute, définie par l'atteinte d'un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION ObsRO, évalué sur une période d'au moins 2 semaines.

Le traitement doit être arrêté si le patient reçoit une dérivation hépatobiliaire ou une greffe hépatique. Il pourra être réinstauré si le prurit persiste depuis > 6 mois après la dérivation hépatobiliaire.

Les autorisations sont accordées à raison d'une dose quotidienne maximale de 120 mcg/kg (ne pouvant dépasser 7,2 mg).

OFATUMUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

OLAPARIB :

- ♦ pour le traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope, ou du cancer péritonéal primaire, chez les personnes porteuses d'un variant pathogène germinale ou somatique d'un gène BRCA1 ou BRCA2 :
 - qui ont reçu au moins 2 protocoles de chimiothérapies à base d'un sel de platine;
et
 - dont la maladie n'est pas considérée comme étant résistante aux inhibiteurs de la PARP et a progressé plus de 6 mois après la fin de l'avant-dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à leur dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter qu'un traitement d'entretien par l'olaparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la PARP, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire.

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien d'une forme avancée (stade FIGO III ou IV) du cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire, porteur d'une mutation BRCA1 ou BRCA2, chez les personnes :

- dont la maladie n'est pas considérée comme étant résistante aux inhibiteurs de la PARP;
et
- qui ont obtenu une réponse tumorale objective à une chimiothérapie de première intention à base d'un sel de platine;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

L'autorisation ne sera pas renouvelée pour les personnes présentant une réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125) à la suite de 24 mois de traitement par l'olaparib.

- ♦ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :

- porteuses d'un variant pathogène germinale ou somatique d'un gène *BRCA*;
et
- dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'olaparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérases s'il a été administré pour le traitement du cancer de la prostate.

- ♦ en monothérapie ou en association avec une hormonothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes porteuses d'une mutation germinale d'un gène *BRCA* :

- dont le cancer a été complètement réséqué et n'est pas considéré comme étant résistante aux inhibiteurs de la PARP;
et
- qui ont terminé les traitements de radiothérapie, si prescrits, et au moins 6 cycles de chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante à base d'anthracycline ou de taxane depuis au moins 3 semaines;
et
- dont le risque de récurrence est élevé. Le risque élevé est défini par l'absence de réponse pathologique complète et un score CPS-EG ≥ 3 à la suite de la chimiothérapie néoadjuvante ou par l'atteinte pathologique de ≥ 4 ganglions avant l'amorce de la chimiothérapie adjuvante;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation in situ (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

L'olaparib doit être amorcé au cours des 12 semaines suivant la fin du dernier traitement parmi la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, négatif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes porteuses d'une mutation germinale d'un gène *BRCA* :
 - dont le cancer a été complètement réséqué et n'est pas considéré comme étant résistant aux inhibiteurs de la PARP;
 - et
 - qui ont terminé les traitements de radiothérapie, si prescrits, et au moins 6 cycles de chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante à base d'anthracycline ou de taxane depuis au moins 3 semaines;
 - et
 - dont le risque de récurrence est élevé. Le risque élevé est défini par l'absence de réponse pathologique complète à la suite de la chimiothérapie néoadjuvante ou par un stade pathologique $\geq$ pN1 ou $\geq$ pT2 avant l'amorce de la chimiothérapie adjuvante;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation in situ (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

L'olaparib doit être amorcé au cours des 12 semaines suivant la fin du dernier traitement parmi la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

- ◆ en association avec l'abiratéron et la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant un variant pathogène germinale ou somatique d'un gène *BRCA*;
 - et
 - pour qui la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée;
 - et
 - n'ayant pas reçu d'enzalutamide ou d'abiratéron en association avec la prednisone pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration pendant plus de 4 mois dans l'attente des résultats d'un test génétique *BRCA* (germinale ou somatique);
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'association olaparib/abiratéron n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes, d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération ou d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérase, si ceux-ci ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

OLODATÉROL (chlorhydrate d') / TIOTROPIUM (bromure monohydraté de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

OMALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave, dont le score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) est égal ou supérieur à 16 malgré l'utilisation d'antihistaminiques à doses optimisées.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté. Lors d'une demande subséquente, le prescripteur doit fournir les données démontrant une rechute. Cette dernière est définie par l'atteinte d'un score UAS7 qui est égal ou supérieur à 16 à la suite d'une réponse complète.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale de 24 semaines à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 6 ans ou plus atteints d'asthme grave, présentant dans l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :
 - un résultat positif à un test cutané ou à une épreuve de réactivité in vitro à un pneumoallergène apériodique et un niveau d'IgE d'au moins 30 UI/ml avant le début du traitement par l'omalizumab; et
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne de 1 corticostéroïde inhalé à dose élevée, de 1 agoniste β_2 à longue action et l'essai de 1 antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou de 1 antimuscarinique à longue action en inhalation; et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations, comme défini précédemment, et le résultat à 1 des questionnaires suivants pour l'année de référence :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
- Asthma Control Test (ACT);
- Childhood-Asthma Control Test (C-ACT);
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une augmentation de 2 points ou plus au C-ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 375 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'asthme grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les personnes âgées de 12 ans ou plus qui ont obtenu un résultat positif à un test cutané ou à une épreuve de réactivité in vitro à un pneumoallergène apériodique et qui ont un niveau d'IgE d'au moins 30 UI/ml avant le début du traitement à l'omalizumab.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur confirme une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalant à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle donnée avant le début du traitement par l'omalizumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 375 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave, chez les adultes :
 - dont les polypes nasaux bilatéraux sont confirmés par endoscopie ou par tomodensitométrie;
et
 - ayant eu besoin d'au moins 1 chirurgie endoscopique des sinus (CES) au cours des 5 années précédentes, à moins que la chirurgie ait été contre-indiquée;
et
 - dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé par la prise de corticostéroïdes par voie nasale aux doses maximales tolérées pour une durée minimale de 12 semaines.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le résultat du questionnaire SNOT-22 (Sino-Nasal Outcome Test-22) et le score de polyposse nasale (SPN) déterminé par endoscopie, tous 2 établis au départ ou avant l'instauration d'un autre médicament biologique indiqué pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave.

La demande initiale est autorisée pour une durée maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction du SNOT-22 ou du SPN par rapport aux valeurs de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

OMALIZUMAB (Xolair - Pd. Inj. S.C.) :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave, dont le score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) est égal ou supérieur à 16 malgré l'utilisation d'antihistaminiques à doses optimisées.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté. Lors d'une demande subséquente, le prescripteur doit fournir les données démontrant une rechute. Cette dernière est définie par l'atteinte d'un score UAS7 qui est égal ou supérieur à 16 à la suite d'une réponse complète.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale de 24 semaines à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

ONABOTULINUMTOXINA :

- ♦ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme, du strabisme et d'autres conditions graves de spasticité.

Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

- ♦ pour le traitement des adultes qui souffrent d'hyperhidrose axillaire grave causant une atteinte importante sur les plans fonctionnel et psychosocial, lorsque l'usage, pendant un mois ou plus, d'une préparation de chlorure d'aluminium à au moins 20 %, utilisée selon les recommandations pour en maximiser l'effet et la tolérance, s'est avéré inefficace.

Dans la demande d'autorisation initiale, le prescripteur devra documenter les atteintes précitées. Une autorisation d'une durée de quatre mois sera alors accordée pour obtenir une dose de 100 unités de ce médicament.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra démontrer l'évidence d'un effet bénéfique au regard de la diminution de la sudation et de l'amélioration constatée sur les plans fonctionnel et psychosocial.

- ♦ pour le traitement de l'incontinence urinaire, causée par l'hyperactivité neurogène du détrusor, chez des personnes atteintes de sclérose en plaques ou présentant une lésion sous-cervicale du rachis lorsque les anticholinergiques ne procurent pas une réponse satisfaisante, après l'essai optimal d'au moins deux produits de cette classe de médicaments, à moins d'une intolérance ou d'une contre-indication. Les personnes visées doivent être aptes à faire des auto-cathétérismes.

Pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra démontrer une réduction d'au moins 50 % des épisodes d'incontinence urinaire.

L'intervalle minimal entre les traitements doit être de 6 mois. La dose maximale autorisée est de 200 UI par traitement.

ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVEC :

- ◆ pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q confirmée par un test génétique montrant une mutation ou une délétion biallélique du gène *SMN1*.

Au moment de la perfusion, la personne doit :

- être âgée de moins de 6 mois;
et
- présenter deux ou trois copies du gène *SMN2*;
et
- ne pas dépendre d'une ventilation permanente. La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale unique de $1,1 \times 10^{14}$ vg/kg.

Les personnes ayant reçu l'onasemnogène abéparavec ne peuvent pas recevoir le nusinersen, ni le risdiplam, par la suite, et ce, à partir de 1 mois après sa perfusion intraveineuse.

Il est possible que des personnes atteintes d'amyotrophie spinale n'aient pu recevoir la médication avant l'âge de 6 mois. Dans ce cas, des comités multidisciplinaires, comme les comités de convenance des établissements de santé, pourront étudier et autoriser les demandes pour les personnes âgées de 6 mois ou plus, sur la base de justifications cliniques, pour autant qu'ils satisfassent aux exigences précitées, hormis celle concernant l'âge.

ONDANSÉTRON :

- ◆ lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ lors d'un traitement de radiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ chez l'enfant lors de chimiothérapie ou de radiothérapie émétisante.
- ◆ lors d'un traitement :
 - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
ou
 - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

OSIMERTINIB :

- ◆ pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé, non résécable ou métastatique, porteur de la mutation T790M de l'EGFR, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique présentant un variant pathogène de la tyrosine kinase de l'*EGFR* et dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'osimertinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) ciblant l'*EGFR*, s'il a été administré pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules.

Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ♦ pour le traitement adjuvant d'un cancer du poumon non à petites cellules exprimant une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) de l'*EGFR*, de stade pathologique IB à IIIA selon la 7^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes :

- dont le cancer a été complètement réséqué;
et
- dont la résection a été réalisée dans les 26 semaines précédentes pour les personnes ayant reçu une chimiothérapie adjuvante ou dans les 10 semaines précédentes pour celles n'en ayant pas reçu;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 36 mois.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules dont la tumeur présente une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène codant pour le récepteur du facteur de croissance épidermique (*EGFR*), au stade localement avancé non résécable et se prêtant à un traitement curatif, chez les personnes :

- dont la maladie n'a pas progressé pendant ou après une chimioradiothérapie à base de sel de platine;
et
- dont le traitement de chimioradiothérapie antérieur s'est terminé au cours des 6 dernières semaines, à moins d'une justification pertinente;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'osimertinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec de celui-ci s'il a été administré pour le traitement adjuvant du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique présentant un variant pathogène de la tyrosine kinase de l'*EGFR*, chez les personnes ayant reçu un traitement associant l'osimertinib à la chimiothérapie en milieu hospitalier, et dont la chimiothérapie a dû être cessée.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine et de pemetrexed, pour le traitement de 1^{re} intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique dont la tumeur présente une délétion dans l'exon 19 ou un variant de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène codant pour le récepteur du facteur de croissance épidermique (*EGFR*) et dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que l'osimertinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) ciblant l'*EGFR*, s'il a été administré pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

OXCARBAZÉPINE :

- ◆ pour le traitement de l'épilepsie.
- ◆ pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine.

OXODOTRÉOTIDE DE LUTÉCIUM :

- ◆ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines du tube digestif ou pancréatiques bien différenciées et évolutives, à un stade avancé non résécable ou métastatique et exprimant le récepteur de la somatostatine chez les adultes :
 - dont la maladie a progressé après l'échec d'un traitement par un analogue de la somatostatine à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

Le traitement doit être arrêté dès la progression de la maladie. L'autorisation est donnée pour un maximum de 4 doses.

OXYCODONE, Co. L.A. :

- ◆ lorsque deux autres opiacés sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.

OXYDE NITRIQUE :

- ◆ pour le traitement des nouveau-nés à terme ou des prématurés dont le poids excède 1 kg souffrant d'insuffisance respiratoire hypoxique associée à des signes cliniques ou échographiques d'hypertension pulmonaire.

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que la prise concomitante de ce médicament avec le sévélamer ou le lanthane hydraté n'est pas autorisée.

OZANIMOD (CHLORHYDRATE D') :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

PACLITAXEL EN NANOPARTICULES :

- ◆ pour le traitement du cancer du sein métastatique chez les personnes présentant une intolérance sérieuse au docetaxel, au paclitaxel conventionnel ou encore aux médicaments utilisés comme prémédication pour ces traitements, et ce, au point de remettre en question l'initiation ou la poursuite du traitement.
- ◆ en association avec la gemcitabine, pour le traitement de première intention de l'adénocarcinome métastatique du pancréas, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

PALBOCICLIB :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que la combinaison du palbociclib et d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien n'est pas autorisée en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression ou une récurrence de la maladie survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

Il est également à noter que le palbociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1 :
 - dont la maladie a progressé durant un traitement endocrinien adjuvant ou dans les 12 mois suivants son arrêt;
 - ou
 - dont la maladie métastatique a progressé durant un traitement endocrinien.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le palbociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ◆ en association avec l'inavolisib et le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'inavolisib.

Il est à noter que le palbociclib, en association avec l'inavolisib et le fulvestrant, n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

PANITUMUMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique exprimant l'EGFR chez les personnes :
 - présentant un gène *RAS* non muté;
 - et
 - réfractaires aux chimiothérapies à base d'irinotécan et d'oxaliplatine et qui ont reçu un traitement par fluoropyrimidine;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que le panitumumab n'est pas autorisé à la suite d'un échec à un anticorps anti-EGFR si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer colorectal métastatique.

- ◆ en association avec une chimiothérapie incluant une fluoropyrimidine et l'oxaliplatine ou l'irinotécan, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un gène *RAS* non muté;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1;
et
 - n'ayant jamais été traités avec une chimiothérapie systémique à ce stade de la maladie.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer colorectal présentant une mutation V600E du gène *BRAF*, selon l'indication reconnue pour l'encorafenib.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN – IODE (Pâte et Pom. Top.) :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PATISIRAN :

- ♦ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 0,3 mg/kg de patisiran une fois toutes les 3 semaines, jusqu'à une dose maximale de 30 mg.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Dans les demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que le patisiran n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

PAZOPANIB (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

PEGCÉTACOPLAN :

- ◆ pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne, chez les personnes :
 - qui sont traitées par un inhibiteur du complément C5 depuis au moins 3 mois et qui n'obtiennent pas de réponse adéquate, comme démontré par une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine inférieure à 105 g/L;
 - ou
 - qui présentent une intolérance aux inhibiteurs du complément C5.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois. L'utilisation du pegcétacoplan en concomitance avec l'un des inhibiteurs de C5 n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement avec le pegcétacoplan.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par exemple, par une augmentation de la concentration sérique d'hémoglobine par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement. Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison de 1 dose maximale de 1 080 mg, administrée 2 fois par semaine. Si le taux de lactate déshydrogénase est supérieur à 2 fois la limite supérieure à la normale en cours de traitement, l'administration d'une dose de 1 080 mg tous les 3 jours est permise.

Il est à noter que le retraitement par le pegcétacoplan est autorisé chez les personnes ayant dû le cesser en raison d'une grossesse ou d'une autre circonstance menant à son arrêt.

PEGINTERFÉRON ALFA-2A :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est contre-indiquée :
 - soit en présence d'une anémie hémolytique héréditaire (thalassémie et autres);
 - soit en présence d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 ml/min).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est non tolérée :
 - soit chez les personnes qui ont développé une anémie grave sous ribavirine malgré une diminution de la posologie à 600 mg par jour ($Hb < 80 \text{ g/L}$ ou $< 100 \text{ g/L}$ si comorbidité de type maladie cardiaque athérosclérotique);
 - soit chez les personnes qui ont développé une intolérance grave à la ribavirine : apparition d'une allergie, d'un rash cutané incapacitant ou d'une dyspnée à l'effort invalidante.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'hépatite B chronique HBeAg-négatif. La demande est autorisée pour une durée maximale de 48 semaines.

PEMBROLIZUMAB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant d'un mélanome avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, chez les personnes :
 - dont le mélanome a été complètement réséqué;
 - et
 - dont la dernière résection a été réalisée au cours des 13 semaines précédentes;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement d'un mélanome non résectable ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :
 - en première intention;
 - ou
 - en deuxième intention ou plus à la suite d'un échec à :
 - une chimiothérapie;
 - ou
 - l'ipilimumab;
 - ou
 - un inhibiteur BRAF, en monothérapie ou en association avec un inhibiteur MEK.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur ne présente pas de mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR ou un réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*;
et
 - dont le pourcentage de cellules tumorales exprimant PD-L1 est d'au moins 50 %;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1;
et
 - dont les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

Un retraitement avec le pembrolizumab est autorisé chez les personnes :

- ayant présenté une réponse complète ou partielle, ou une stabilisation de la maladie, selon les critères iRECIST, au moment de l'arrêt du traitement à 24 mois;
et
- dont le cancer a progressé après l'arrêt de ce traitement.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie à base d'un sel de platine. De plus, chez les personnes dont la tumeur présente une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR ou un réarrangement du gène *ALK*, le cancer doit également avoir progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR ou de l'*ALK*;
et
 - dont le pourcentage de cellules tumorales exprimant PD-L1 est d'au moins 1 %;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1;
et
 - dont les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

Un retraitement avec le pembrolizumab est autorisé chez les personnes :

- ayant présenté une réponse complète ou partielle, ou une stabilisation de la maladie, selon les critères iRECIST, au moment de l'arrêt du traitement à 24 mois;
et
- dont le cancer a progressé après l'arrêt de ce traitement.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec le carboplatine et le paclitaxel, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules épidermoïde au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 24 mois.

Un retraitement au pembrolizumab est autorisé chez les personnes :

- ayant présenté une réponse complète ou partielle, ou une stabilisation de la maladie, selon les critères iRECIST, au moment de l'arrêt du traitement à 24 mois;
et
- dont le cancer a progressé après l'arrêt de ce traitement.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 s'il a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ♦ en association avec le pemetrexed et une chimiothérapie à base d'un sel de platine, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules non épidermoïde au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :

- dont la tumeur ne présente pas de mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ni de réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 24 mois.

Un retraitement au pembrolizumab est autorisé chez les personnes :

- ayant présenté une réponse complète ou partielle, ou une stabilisation de la maladie, selon les critères iRECIST, au moment de l'arrêt du traitement à 24 mois;
et
- dont le cancer a progressé après l'arrêt de ce traitement.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 s'il a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du cancer du poumon au stade précoce ou après une chimioradiothérapie pour un cancer du poumon au stade localement avancé et inopérable. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'un lymphome de Hodgkin classique récidivant ou réfractaire :
- dont l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques a échoué ou qui ne sont pas candidates à une polychimiothérapie de sauvetage ni à une autogreffe de cellules souches hématopoïétiques;
et
- dont le statut de performance est ≥ 80 % selon l'échelle de Lansky pour les enfants de moins de 16 ans ou ≥ 80 % selon l'échelle de Karnofsky pour les personnes de 16 ans ou plus.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si ce dernier a été administré pour le traitement du lymphome de Hodgkin.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome urothélial localement avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie à base de sel de platine; si celle-ci a été administrée dans un contexte néoadjuvant ou adjuvant contre un cancer localisé et invasif sur le plan musculaire, la progression devait survenir dans les 12 mois suivant la dernière dose de platine;
et
 - qui n'ont pas reçu plus de deux traitements systémiques pour la maladie avancée;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2. Dans le cas où l'ECOG est de 2, le patient ne doit pas présenter l'un des facteurs de mauvais pronostic suivants : une concentration sérique d'hémoglobine inférieure à 10g/dl, la présence de métastases hépatiques et une récurrence de la maladie au cours des 3 mois suivant la dernière dose de chimiothérapie.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome urothélial. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en association avec l'axitinib, pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement avec le pembrolizumab est de 24 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou récidivant localement ou métastatique, sans possibilité de traitement local à visée curative, chez les personnes :
 - dont la tumeur exprime le PD-L1 (score combiné positif [SCP] ≥ 1);
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD 1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine et de fluorouracile, pour le traitement de 1^{re} intention d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou récidivant localement ou métastatique, sans possibilité de traitement local à visée curative, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement par le pembrolizumab est de 24 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un carcinome épidermoïde de la tête et du cou. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement d'un cancer colorectal non résécable ou métastatique associé à une instabilité microsatellitaire élevée ou à une déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale du traitement est de 35 cycles de 21 jours ou 18 cycles de 42 jours.

Un retraitement par le pembrolizumab est autorisé chez les personnes :

- ayant présenté une réponse complète ou partielle, ou une stabilisation de la maladie, au moment de l'arrêt du traitement après 35 cycles de 21 jours ou 18 cycles de 42 jours;
ou
- ayant arrêté le traitement après avoir présenté une réponse complète, après un minimum de 8 cycles de 21 jours comprenant au moins 2 cycles au-delà de la déclaration initiale de la réponse complète, ou l'équivalent;
et
- dont le cancer a progressé après l'arrêt de ce traitement.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un cancer colorectal. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ♦ en association avec une chimiothérapie à base d'un sel de platine et de fluoropyrimidine, pour le traitement de première intention d'un cancer de l'œsophage localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le pembrolizumab est de 24 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1 si celui-ci a été administré pour le traitement adjuvant du cancer de l'œsophage. Dans le cas présent, l'échec se définit par la progression de la maladie au cours du traitement adjuvant ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer de l'endomètre au stade avancé associé à une instabilité microsatellitaire élevée ou à une déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie à base de sel de platine;
et
 - qui ne sont pas candidates à une chirurgie ou à une radiothérapie curative;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le pembrolizumab est de 24 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un cancer de l'endomètre.

- ♦ en association avec une chimiothérapie pour le traitement néoadjuvant du cancer du sein triple négatif (CSTN), puis en monothérapie, pour le traitement adjuvant après la chirurgie, chez les personnes :
 - présentant une maladie de stade T1c/N1-2 ou T2-4/N0-2 selon les critères de l'American Joint Committee on Cancer;
et
 - n'ayant jamais reçu de thérapie systémique pour le traitement du CSTN;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La chimiothérapie néoadjuvante doit inclure une anthracycline, une taxane ainsi qu'un sel de platine.

La durée maximale de l'autorisation en contexte néoadjuvant et adjuvant est de 9 cycles de traitement de 42 jours ou 17 cycles de traitement de 21 jours.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'un adénocarcinome rénal à cellules claires au stade localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le lenvatinib.

La durée maximale totale du traitement par le pembrolizumab est de 24 mois.

- ◆ en association avec la chimiothérapie, pour le traitement du cancer du sein triple négatif (CSTN) localement récidivant non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie pour la maladie métastatique;
et
 - dont les tumeurs expriment le PD-L1 (score combiné positif ≥ 10);
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement par le pembrolizumab est de 24 mois ou 35 cycles de traitement de 21 jours ou 18 cycles de traitement de 42 jours, selon l'éventualité la plus tardive, en l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement néoadjuvant ou adjuvant du CSTN. Dans le cas présent, l'échec est défini par la progression de la maladie au cours du traitement néoadjuvant ou adjuvant ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec le lenvatinib, pour le traitement du cancer de l'endomètre au stade avancé qui ne présente pas d'instabilité microsatellitaire élevée ni de déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'une chimiothérapie à base de sel de platine;
et
 - qui ne sont pas candidates à une chirurgie ou à une radiothérapie curative;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le pembrolizumab est de 24 mois.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement d'un cancer de l'endomètre.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de sel de platine et du paclitaxel, avec ou sans bevacizumab, pour le traitement d'un cancer du col de l'utérus persistant, récidivant ou métastatique, chez les personnes dont :
 - la tumeur exprime le PD-L1 (score combiné positif [SCP] ≥ 1);
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1;
et
 - les métastases au système nerveux central, si présentes, sont traitées et stables.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le pembrolizumab est de 35 cycles de 3 semaines ou l'équivalent.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du col de l'utérus. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant d'un mélanome cutané de stade pathologique IIB ou IIC selon la 8^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes :
 - dont le mélanome a été complètement réséqué;
 - et
 - dont la dernière résection a été réalisée au cours des 12 semaines précédentes;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant de l'adénocarcinome rénal à cellules claires présentant un risque modéré à élevé (pT2/grade 4 ou sarcomatoïde/N0/M0 ou pT3/tous grades/N0/M0) ou élevé (pT4/tous grades/N0/M0 ou pT tous stades/tous grades/N+/M0) de récurrence ou au statut M1 NED, à la suite d'une néphrectomie ou d'une néphrectomie accompagnée de la résection chirurgicale des lésions métastatiques, chez les personnes :
 - dont l'adénocarcinome et les lésions métastatiques ont été complètement réséqués;
 - et
 - dont la résection a été réalisée au cours des 12 semaines précédentes;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement par le pembrolizumab est de 12 mois, ou 17 cycles de traitement de 21 jours, ou 9 cycles de traitement de 42 jours.

- ◆ en association avec le trastuzumab et une chimiothérapie à base d'un sel de platine et d'une fluoropyrimidine, pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer gastrique ou de la jonction gastro-oesophagienne localement avancé non résécable ou métastatique chez les personnes :
 - dont la tumeur est de type adénocarcinome, surexprime le récepteur HER2 et exprime le PD-L1 (score combiné positif ≥ 1);
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

Un maximum de 35 cycles de 3 semaines ou de 18 cycles de 6 semaines de pembrolizumab est autorisé.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement adjuvant du cancer de la jonction gastro-œsophagienne. Dans le cas présent, l'échec se définit par la progression de la maladie au cours du traitement adjuvant ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base de gemcitabine et d'un sel de platine, pour le traitement du cancer des voies biliaires localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - qui ne sont pas atteintes d'un cancer de l'ampoule de Vater;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement par le pembrolizumab est de 35 cycles de 21 jours ou l'équivalent.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD 1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer des voies biliaires.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base d'un sel de platine et d'une fluoropyrimidine, pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur est de type adénocarcinome et ne surexprime pas le récepteur HER2;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, selon les critères iRECIST, confirmée par imagerie.

Un maximum de 35 cycles de 3 semaines ou de 18 cycles de 6 semaines de pembrolizumab est autorisé.

Il est à noter que le pembrolizumab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement adjuvant du cancer de la jonction gastro-œsophagienne. Dans le cas présent, l'échec se définit par la progression de la maladie au cours du traitement adjuvant ou dans les 6 mois suivant son arrêt.

- ◆ en association avec l'enfortumab védotine, pour le traitement de 1^{re} intention du carcinome urothélial localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'enfortumab védotine.

La durée maximale totale du traitement par le pembrolizumab est de 24 mois ou 35 cycles de traitement de 21 jours.

Il est à noter que le traitement n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1, si celui-ci a été administré pour le traitement adjuvant du carcinome urothélial. Dans le cas présent, l'échec est défini par la récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en association avec le carboplatine et le paclitaxel, puis en monothérapie, pour le traitement du cancer de l'endomètre en 1^{re} intention au stade avancé ou en 1^{re} récurrence, associé à une déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes :

- n'ayant jamais reçu de thérapie systémique anticancéreuse, ou ayant reçu un traitement systémique néoadjuvant ou adjuvant antérieurement et présentant une récurrence ou une progression de la maladie au moins 6 mois après la fin du traitement;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

Le pembrolizumab n'est pas autorisé lorsqu'un traitement à visée curative par chirurgie ou radiothérapie seule ou en combinaison est indiqué, ni en concomitance avec de la radiothérapie adjuvante.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence ou de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale de traitement par le pembrolizumab est de 24 mois.

- ◆ en association avec le pemetrexed et une chimiothérapie à base d'un sel de platine, pour le traitement de 1^{re} intention du mésothéliome pleural malin non résécable, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

- ◆ en monothérapie comme traitement néoadjuvant du carcinome épidermoïde de la tête et du cou (CETC) localement avancé résécable, poursuivi comme traitement adjuvant après la chirurgie en association avec la radiothérapie ou une chimioradiothérapie à base de cisplatine, puis en monothérapie, chez les personnes :
 - pour qui une chirurgie définitive est recommandée et chez qui il est jugé raisonnable d'amorcer un traitement néoadjuvant;
et
 - dont la tumeur exprime le PD-L1 (score combiné positif [SCP] ≥ 1);
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation en contexte néoadjuvant et adjuvant est de 9 cycles de traitement de 42 jours ou 17 cycles de traitement de 21 jours.

- ◆ en association avec une chimioradiothérapie, puis en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention, du cancer du col de l'utérus localement avancé, chez les personnes dont :
 - la tumeur correspond aux stades III à IVA selon la classification 2018 de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO);
et
 - le cancer est de type carcinome épidermoïde, adénocarcinome ou carcinome adénoquameux;
et
 - le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale de traitement par le pembrolizumab est de 35 cycles de 3 semaines ou l'équivalent.

PEMIGATINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cholangiocarcinome localement avancé non résécable ou métastatique, traité antérieurement par une thérapie systémique et présentant une fusion ou un autre réarrangement du facteur de croissance des fibroblastes 2 (FGFR2), chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La posologie maximale autorisée est de 13,5 mg une fois par jour pendant 14 jours par cycle de 21 jours.

PENTOXIFYLLINE :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques soit :
 - lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);
 - lors d'insuffisance artérielle avec ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos.

PÉRAMPANEL :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).
- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes de crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques primaires réfractaires, c'est-à-dire suite à l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

PERTUZUMAB :

- ◆ en association avec le trastuzumab et une taxane, pour le traitement de première intention du cancer du sein métastatique surexprimant le récepteur HER2, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1;

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

PERTUZUMAB / TRASTUZUMAB :

- ◆ en association avec une taxane, pour le traitement de première intention du cancer du sein métastatique surexprimant le récepteur HER2, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1;

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL :

- ◆ en association avec un régime alimentaire restrictif en protéines, pour le traitement des patients atteints d'un trouble du cycle de l'urée, sauf en présence d'un déficit en *N*-acétylglutamate synthase, dont le taux plasmatique d'ammoniaque n'est pas adéquat malgré un traitement par le benzoate de sodium à dose optimale à moins d'une intolérance importante ou de contre-indication à ce médicament.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM :

- ◆ en association avec un régime alimentaire restrictif en protéines, pour le traitement des patients atteints d'un déficit en carbamyl-phosphate synthétase, en ornithine transcarbamylase ou en argininosuccinate synthétase dont le taux plasmatique d'ammoniaque n'est pas adéquat malgré un traitement par le benzoate de sodium à dose optimale à moins d'une intolérance importante ou de contre-indication à ce médicament.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

PIMÉCROLIMUS :

- ◆ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique.

PIOGLITAZONE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline et l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

PIRFÉNIDONE :

- ◆ pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les personnes :
 - ayant une capacité vitale forcée (CVF) de 50 % ou plus de la valeur prédite;
et
 - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
et
 - un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration de l'état du patient. La détérioration est définie par une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les derniers 12 mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, diminue de 10 % ou plus en valeur absolue sur une période de 12 mois, le traitement doit être arrêté.

Il est à noter que la pirféridone n'est pas autorisée en association avec le nintedanib.

PLERIXAFOR :

- ◆ pour la mobilisation des cellules souches hématopoïétiques en vue d'une autogreffe, lorsque utilisé en concomitance avec le filgrastim, chez les personnes atteintes de lymphome non hodgkinien ou de myélome multiple.
 - qui n'atteignent pas, le jour de la collecte, un décompte de 10 cellules CD34+/µl dans le sang périphérique à la suite d'une mobilisation avec le filgrastim utilisé seul ou après un traitement de chimiothérapie;
 - ou
 - qui ont eu un échec de mobilisation avec le filgrastim utilisé seul ou après un traitement de chimiothérapie.

Avant d'amorcer le traitement avec le plérixafor, les personnes doivent d'abord avoir reçu au moins 4 jours de traitement avec le filgrastim.

La demande est autorisée pour une seule mobilisation des cellules souches hématopoïétiques, à raison d'un maximum de 4 doses de plérixafor.

POLATUZUMAB VÉDOTINE :

- ◆ en association avec le rituximab, le cyclophosphamide, la doxorubicine et la prednisone, pour le traitement de première intention du lymphome à grandes cellules B (LGCB), y compris le lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre indication (SAI), le lymphome à cellules B de haut grade, le LDGCB positif pour le virus d'Epstein-Barr (EBV+) SAI et le LGCB riche en cellules T/histiocytes, chez les personnes :
 - dont le score IPI (*International Prognostic Index*) est de 2 à 5;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

L'autorisation est donnée pour un maximum de 6 cycles de traitement.

POMALIDOMIDE :

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de 3^e intention ou plus du myélome multiple chez les personnes :
 - dont la maladie est réfractaire à la dernière intention de traitement reçue;
 - et
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur du protéasome et la lénalidomide, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer son effet bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

L'autorisation est donnée pour 1 dose maximale quotidienne de 4 mg.

Il est à noter que la pomalidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortézomib.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un myélome multiple récidivant et réfractaire, selon l'indication reconnue pour l'isatuximab.

POSACONAZOLE :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques invasives.
- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

POSACONAZOLE (Mint et Taro) :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques invasives chez les personnes ayant développé une neutropénie à la suite d'une chimiothérapie pour traiter une leucémie myéloïde aiguë ou un syndrome myélodysplasique.
- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

PRALATREXATE :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome T périphérique récidivant ou réfractaire, chez les personnes :
 - qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques au moment de l'amorce du traitement;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La première autorisation et la deuxième sont d'une durée maximale de 2 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 4 mois.

Il est à noter que le pralatrexate n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec le brentuximab védotine, si celui-ci a été administré en deuxième intention ou plus pour le traitement du lymphome T périphérique.

PRASUGREL :

- ◆ lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique, chez les personnes pour lesquelles une angioplastie percutanée coronarienne a été effectuée.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

PROGESTÉRONE, Co. Vag. (Eff.) et Gel Vag. (App.) :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

PROPIVÉRINE (chlorhydrate de), Co. :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale chez l'enfant.

PROPRANOLOL (chlorhydrate de), Sol. Orale :

- ◆ pour le traitement des hémangiomes infantiles prolifératifs nécessitant un traitement systémique, soit ceux entraînant un risque vital ou fonctionnel, ceux ulcérés douloureux ou ne répondant pas à des soins des plaies simples et ceux associés à un risque de cicatrices permanentes ou de défiguration.

QUIZARTINIB :

- ◆ en association avec la chimiothérapie d'induction (cytarabine et anthracycline) et de consolidation (cytarabine), puis en monothérapie pour la phase d'entretien, pour le traitement de la leucémie myéloïde aiguë présentant une duplication interne en tandem du gène de la tyrosine kinase 3 de type FMS (*FLT3-ITD*) nouvellement diagnostiquée.

L'autorisation est donnée pour un maximum de 2 cycles d'induction et de 4 cycles de consolidation. Si la chimiothérapie est cessée pendant les phases d'induction ou de consolidation, la poursuite du traitement par le quizartinib est autorisée jusqu'à la fin du cycle. Le traitement d'entretien en monothérapie est autorisé pour un maximum de 36 cycles de 28 jours chez les patients ayant reçu la chimiothérapie d'induction, avec ou sans chimiothérapie de consolidation, avec le quizartinib.

La durée maximale de chaque autorisation pendant la phase d'entretien est de 12 mois. Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

RADIUM-223 (chlorure de) :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration chez les personnes :
 - qui présentent des métastases osseuses symptomatiques et qui n'ont pas de maladie métastatique viscérale;
et
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite du docetaxel à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

Le traitement doit être arrêté dès la progression de la maladie. L'autorisation est donnée pour un maximum de 6 injections.

RAMUCIRUMAB :

- ◆ en association avec le paclitaxel pour le traitement du cancer gastrique ou de l'adénocarcinome de la jonction gastro-œsophagienne à un stade avancé ou métastatique chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'une chimiothérapie à base d'un sel de platine et d'une fluoropyrimidine;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

RANIBIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
- absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le prescripteur;
- évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, le faricimab ou la vertéporfine pour traiter le même œil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'épaisseur du centre de la rétine de l'œil à traiter doit être supérieure ou égale à 250 µm.

L'autorisation est donnée à raison d'un maximum de 1 dose par mois, par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou le faricimab pour traiter le même œil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation est donnée à raison d'un maximum de 1 dose par mois, par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même œil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
 - myopie minimale de -6 dioptries;
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
 - présence de liquide intra-rétinien ou sous-rétinien ou d'une fuite active consécutive à une lésion de néovascularisation choroïdienne observée par une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

La durée maximale du traitement est de 12 mois. Pendant cette période, le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'oeil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/120;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même oeil.

RASAGILINE (mésylate de) :

- ◆ pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie.

RASBURICASE :

- ◆ dans le cas d'une allergie grave et documentée à l'allopurinol, chez les personnes atteintes d'un lymphome ou d'une leucémie et présentant un risque élevé de syndrome de lyse tumorale.

RAVULIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne qui présentent une hémolyse, corroborée par une concentration sérique de lactate déshydrogénase élevée, et dont l'état de santé est caractérisé par au moins 1 des éléments suivants :
 - un événement thromboembolique traité par un anticoagulant;
 - l'administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des 12 derniers mois;
 - une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;
 - une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités de la vie quotidienne ou d'hypertension artérielle pulmonaire;
 - une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min;
 - des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés est requis.

Les personnes en cours de traitement par l'écuzumab ou le crovalimab et qui en ont obtenu le remboursement en vertu de son indication reconnue pour le paiement sont admissibles au remboursement du ravulizumab sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve d'un bon contrôle des symptômes de la maladie par l'écuzumab ou le crovalimab. Un bon contrôle est défini par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement par l'inhibiteur du complément.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois, aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel :

- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 40 kg et inférieur à 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 60 kg et inférieur à 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par une diminution de l'hémolyse corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement par l'inhibiteur du complément.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois aux doses maximales décrites plus haut.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre inhibiteur du complément C5, ni avec l'iptacopan. L'utilisation du ravulizumab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement par le pegcétacoplan.

Il est à noter que le traitement ou le retraitement par le ravulizumab est autorisé chez les personnes ayant reçu une autorisation de paiement pour un inhibiteur du complément selon l'indication reconnue mais ayant dû le cesser en raison, par exemple, d'une difficulté d'administration, d'une absence d'effet clinique bénéfique, d'une grossesse ou d'autres circonstances.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa) en présence :
 - d'un diagnostic de la maladie confirmé par la démonstration d'une activité de l'ADAMTS-13 $\geq 10\%$ (prélèvement préalable à la thérapie plasmatique, le cas échéant);
et
 - d'une microangiopathie thrombotique corroborée par un décompte plaquettaire $< 150 \times 10^9/l$ et par la présence d'au moins un signe d'hémolyse (LDH $\geq 1,5$ fois la limite supérieure de la normale [LSN], concentration d'haptoglobine $< 0,05$ g/l ou présence de schizocytes au frottis), à moins d'une confirmation par biopsie;
et
 - d'une valeur de créatinine sérique $\geq$ LSN;
et
 - d'une atteinte d'un organe causée par la maladie.

En cas de résultat positif à un test de détection de l'infection à *Escherichia coli* produisant de la shigatoxine, effectué avant le début du traitement au ravulizumab, ou en présence d'autres causes pouvant expliquer la présence d'une microangiopathie thrombotique (MAT), le ravulizumab doit être cessé.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les personnes qui ont commencé un autre inhibiteur du complément C5 pour le traitement du SHUa avant l'inscription du ravulizumab sur la liste des médicaments sont admissibles au remboursement de ce dernier sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique tel que décrit ci-dessous. Les autorisations sont d'une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'amélioration ou la normalisation d'au moins un des éléments suivants, par rapport aux valeurs antérieures au début du traitement par un inhibiteur du complément C5 : décompte plaquettaire, hémoglobine, LDH ou créatinine sérique. De plus, l'amélioration ou la stabilisation de l'atteinte organique initiale doit être démontrée ainsi que l'absence de besoin de suppléance rénale à long terme.

Les autorisations pour la poursuite du traitement sont d'une durée maximale de 12 mois.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel :

- pour les personnes de ≥ 5 kg et < 10 kg : 600 mg au jour 1, puis 300 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de ≥ 10 kg et < 20 kg : 600 mg au jour 1, puis 600 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de ≥ 20 kg et < 30 kg : 900 mg au jour 1, puis 2 100 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 30 kg et < 40 kg : 1 200 mg au jour 1, puis 2 700 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 40 kg et < 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 60 kg et < 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du complément C5 si celui-ci a été administré pour le traitement du SHUa.

Si le traitement a pris fin, il peut être repris en cas de situation comportant un haut risque de MAT (par exemple, une greffe rénale ou une hypertension maligne) ou s'il y a réapparition de signes d'hémolyse accompagnés d'une thrombopénie ou d'une atteinte d'organe secondaire à la maladie. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré tel que décrit ci-dessus. Les autorisations sont d'une durée maximale de 12 mois.

- ♦ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les adultes porteurs d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins 1 épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisodes dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser de prendre ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs prétraitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes, en fonction du poids corporel :

- Pour les personnes de poids corporel ≥ 40 kg et < 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- Pour les personnes de poids corporel ≥ 60 kg et < 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- Pour les personnes de poids corporel ≥ 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement du TSNMO.

RÉGORAFENIB (monohydrate de) :

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'un traitement par l'imatinib et le sunitinib, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire réfractaire au sorafenib, chez les personnes :
 - ayant toléré un traitement antérieur par le sorafenib, défini par l'administration d'une dose supérieure ou égale à 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours précédant l'arrêt du sorafenib;
 - et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

RÉLUGOLIX/ ESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) :

- ◆ pour le traitement des ménorragies associées aux fibromes utérins.

REMDÉSIVIR :

- ◆ pour le traitement de la COVID-19 chez les patients hospitalisés qui présentent une pneumonie nécessitant une oxygénothérapie;
- ◆ pour le traitement de la COVID-19 chez les patients hospitalisés pour une raison autre que la COVID-19 ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage direct du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) et présentant un risque élevé de progression vers une forme sévère de la maladie.

RIBOCICLIB (succinate de) :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, comme thérapie endocrinienne initiale pour le cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les femmes en préménopause ou en périménopause doivent recevoir un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (LHRH).

Il est à noter que la combinaison du ribociclib et d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien n'est pas autorisée en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression ou une récurrence de la maladie survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

Il est également à noter que le ribociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2, chez les femmes ménopausées présentant un statut de performance sur l'ECOG de 0 ou 1, et dont :
 - le cancer est nouvellement diagnostiqué;
ou
 - le cancer a progressé durant un traitement endocrinien ou à la suite de celui-ci.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le ribociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des CDK 4/6 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

RIFAXIMINE :

- ◆ pour la prévention des récurrences d'encéphalopathie hépatique chez les personnes cirrhotiques pour qui le lactulose pris de façon optimale n'a pas permis de prévenir adéquatement la survenue d'épisodes manifestes.

À moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication, le lactulose doit être administré en concomitance.

RILUZOLE :

- ◆ pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients présentant des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans, une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédite et non trachéotomisés.

Lors de la demande initiale (nouveau cas), le prescripteur doit indiquer la date du début des symptômes de la maladie, la mesure de la capacité vitale et confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée initiale maximale de l'autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes subséquentes, et chez les patients déjà sous traitement, le prescripteur doit confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une trachéotomie.

RIOCIGUAT :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique de classe fonctionnelle II ou III de l'OMS, qu'elle soit inopérable ou encore persistante ou récurrente après un traitement chirurgical.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

RIPRÉTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale localement avancée non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'un traitement par l'imatinib, le sunitinib et le régorafenib, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations pour le riprétinib sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg par jour.

RISANKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le risankizumab sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines.

RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant la forme sous-cutanée de risankizumab sont données à raison d'une dose maximale de 360 mg toutes les 8 semaines.

RISDIPLAM :

- ◆ pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q confirmée par un test génétique montrant une mutation ou une délétion biallélique du gène *SMN1*.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter 2, 3 ou 4 copies du gène *SMN2*;
et
- ne pas dépendre d'une ventilation permanente. La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 5 mg par jour. La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir des données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, telles qu'une amélioration des fonctions neuromotrices, une absence de détérioration significative de celles-ci ou un ralentissement des signes et symptômes associés à l'amyotrophie spinale par rapport à l'évolution naturelle prévue de la maladie. De même, le prescripteur doit spécifier que le patient n'est pas sous ventilation permanente. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence de ventilation permanente.

Il est à noter que la prise concomitante du risdiplam avec le nusinersen n'est pas autorisée. De plus, le risdiplam n'est pas autorisé chez les personnes ayant reçu un traitement par l'onasemnogène abéparvovec, et ce, à partir d'un mois après sa perfusion intraveineuse.

RITUXIMAB, Sol. Inj. S.C. :

- ◆ en monothérapie ou en association avec une chimiothérapie pour le traitement des personnes atteintes d'un lymphome folliculaire.

Un maximum de 8 cycles de rituximab est autorisé.

Il est à noter que le rituximab n'est pas autorisé si la maladie a progressé pendant un traitement incluant un anticorps dirigé contre le CD20, ou si elle a progressé dans les 6 mois suivant la fin de ce traitement.

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'entretien des personnes atteintes d'un lymphome folliculaire ayant répondu au traitement avec le rituximab administré en monothérapie ou en association avec les protocoles de chimiothérapie CHOP ou CVP.

RITUXIMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ♦ en monothérapie ou en association avec une chimiothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'un lymphome exprimant le CD20.

Un maximum de 8 cycles est autorisé.

Il est à noter que le rituximab n'est pas autorisé pour le traitement d'un lymphome indolent qui a progressé pendant un traitement incluant un anticorps dirigé contre le CD20, ou qui a progressé dans les 6 mois suivant la fin de ce traitement.

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien des personnes atteintes d'un lymphome indolent ayant répondu au traitement avec le rituximab administré en monothérapie ou en association avec les protocoles de chimiothérapie CHOP ou CVP.
- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate.

À l'instauration du traitement :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement d'une durée suffisante par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNF α) inscrit sur les listes de médicaments comme traitement biologique de 1^{re} intention de la polyarthrite rhumatoïde, ou encore par un agent biologique possédant un mécanisme d'action différent, inscrit aux mêmes fins, et ce, en cas d'intolérance sérieuse ou de contre-indication aux anti-TNF α .

L'autorisation initiale est donnée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par :

- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Un maximum de 2 traitements par période de 12 mois est autorisé. Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1 000 mg chacune

- ♦ en association avec la fludarabine et la cyclophosphamide, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique à cellules B (LLC-B) de stade B ou C de Binet.

Les autorisations pour le rituximab sont données pour un maximum de 6 cycles de traitement. Le rituximab s'administre le premier jour de chaque cycle à la dose de 375 mg/m² pour le premier cycle et de 500 mg/m² pour les cycles suivants.

- ♦ en association avec la fludarabine et la cyclophosphamide, pour le traitement de deuxième intention de la leucémie lymphoïde chronique à cellules B (LLC-B) de stade B ou C de Binet chez les personnes n'ayant jamais fait l'essai d'une chimiothérapie à base de rituximab pour cette maladie.

Les autorisations pour le rituximab sont données pour un maximum de 6 cycles de traitement. Le rituximab s'administre le premier jour de chaque cycle à la dose de 375 mg/m² pour le premier cycle et de 500 mg/m² pour les cycles suivants.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une leucémie lymphoïde chronique, selon l'indication reconnue pour l'idélalisib.
- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de leucémie lymphoïde chronique, selon l'indication reconnue pour le vénétoclax.
- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la forme grave de la granulomatose avec polyangéite ou de la polyangéite microscopique, c'est-à-dire qui pourrait entraîner une défaillance d'organe ou mettre la vie en danger.
- ♦ en monothérapie, pour le traitement d'entretien du lymphome à cellules du manteau, chez les personnes :
 - ayant reçu le rituximab en association avec la bendamustine, et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations pour le traitement d'entretien sont données pour une durée maximale de 3 ans.

- ♦ en association avec l'acalabrutinib et la bendamustine pour 6 cycles puis en association avec l'acalabrutinib pendant 2 ans, pour le traitement de 1^{re} intention du lymphome à cellules du manteau, selon l'indication reconnue pour l'acalabrutinib.

RIVAROXABAN, 2,5 mg :

- ♦ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en association avec une faible dose d'acide acétylsalicylique, chez les patients atteints d'une coronaropathie et d'une maladie artérielle périphérique.

RIVASTIGMINE :

- ♦ en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou à 28 en présence d'une justification pertinente;
- confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la rivastigmine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments qui suivent :

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

ROMOSUZUMAB :

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui sont exposées :
 - à un risque élevé de fracture défini comme un antécédent de fracture de fragilisation à la hanche ou à la colonne vertébrale ;
 - ou
 - à un risque très élevé de fracture défini comme la présence d'une nouvelle fracture de fragilisation à la hanche ou à la colonne vertébrale dans les 24 derniers mois, ou comme un antécédent de plus d'une fracture de fragilisation à la colonne vertébrale.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois. Un retraitement avec le romosozumab n'est pas autorisé.

Il est à noter que le romosozumab n'est pas autorisé si la personne a reçu la téraparatide, à moins d'une intolérance à cette dernière.

ROSIGLITAZONE (maléate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline et l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

ROTIGOTINE :

- ◆ en association avec la lévodopa, pour le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson au stade avancé.
- ◆ pour le traitement des signes et symptômes d'intensité modérée ou grave du syndrome des jambes sans repos idiopathique, lorsqu'un autre agoniste dopaminergique est inefficace ou lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée.

ROZANOLIXIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à IV selon la classification de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine ou d'anti-tyrosine kinase spécifiques du muscle;
 - et
 - un score d'au moins 3 points sur l'échelle *Myasthenia Gravis Activities of Daily Living* (MG-ADL) (excluant les symptômes oculaires);
 - et
 - un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase, 1 corticostéroïde et 1 immunosuppresseur non stéroïdien, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale sans détérioration clinique).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel à raison de 1 fois par semaine pour un maximum de 6 cycles de 6 semaines par année :

- Pour les personnes de ≥ 35 kg et < 50 kg : 280 mg;
- Pour les personnes de ≥ 50 kg et < 70 kg : 420 mg;
- Pour les personnes de ≥ 70 kg et < 100 kg : 560 mg;
- Pour les personnes ≥ 100 kg : 840 mg.

Il est à noter que le rozanolixizumab n'est pas autorisé de façon concomitante avec un inhibiteur du complément ou un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance du rozanolixizumab avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aiguë.

Il est également à noter que le rozanolixizumab n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

RUFINAMIDE :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Lennox-Gastaut lorsqu'au moins trois médicaments anticonvulsifs sont contre-indiqués, non tolérés ou inefficaces.

RUXOLITINIB (phosphate de) :

- ◆ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :
 - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base; et
 - une maladie de risque intermédiaire 2 ou de haut risque selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic); et
 - un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie confirmée par imagerie ou par l'examen physique et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le ruxolitinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinases utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

- ◆ pour le contrôle de l'hématocrite chez les personnes atteintes d'une polycythémie vraie :
 - dont la maladie est résistante à l'hydroxyurée; et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La résistance à l'hydroxyurée est définie, à la suite d'un traitement d'au moins 3 mois à raison d'une dose d'au moins 2 g par jour ou d'au moins 3 mois à la dose maximale efficace qui n'entraîne pas de toxicité hématologique, cutanée ou digestive de grade 3 ou plus, par :

- le recours à plus d'une phlébotomie sur une période de 3 mois, et ce, afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %; ou
- un décompte leucocytaire supérieur à $10 \times 10^9/l$ et un décompte plaquettaire supérieur à $400 \times 10^9/l$; ou
- une persistance des symptômes associés à une splénomégalie.

La première autorisation est d'une durée maximale de 4 mois.

Lors de la deuxième demande, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une réduction du recours à la phlébotomie afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %, une amélioration de la thrombocytopénie et de la leucocytose ou une amélioration des symptômes associés à une splénomégalie. La deuxième autorisation est d'une durée maximale de 6 mois.

Pour les autorisations subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve du maintien du bénéfice clinique sur la fréquence du recours à la phlébotomie, les leucocytes et les plaquettes ou les symptômes associés à une splénomégalie. Les autorisations subséquentes sont pour des durées maximales de 6 mois.

RUXOLITINIB (phosphate de), Co. 5 et 10 mg :

- ◆ pour le traitement d'une réaction aiguë du greffon contre l'hôte, après une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, chez les personnes :
 - âgées de 12 ans ou plus;
et
 - présentant une maladie de grade II à IV selon les critères du *Mount Sinai Acute GVHD International Consortium* [MAGIC] (Harris 2016);
et
 - présentant une maladie réfractaire aux corticostéroïdes ou dépendante des corticostéroïdes selon les critères du European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) – National Institutes of Health (NIH) – Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR) Task force position statement (Schoemans 2018).
- ◆ pour le traitement d'une réaction chronique du greffon contre l'hôte, après une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, chez les personnes :
 - âgées de 12 ans ou plus;
et
 - présentant une maladie de stade modéré ou grave selon les critères de consensus du *National Institute of Health* (NIH);
et
 - présentant une maladie réfractaire aux corticostéroïdes ou dépendante des corticostéroïdes, selon les critères de consensus du NIH.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Avec la demande de poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'une réponse objective (réponse complète ou partielle) selon les critères de consensus du NIH.

SACITUZUMAB GOVITECAN :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du sein triple négatif localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - qui ont déjà reçu 2 traitements systémiques ou plus, dont au moins un dans un contexte de maladie localement avancée non résécable ou métastatique; si l'un de ces traitements est une chimiothérapie administrée dans un contexte néoadjuvant ou adjuvant, la progression vers la maladie localement avancée non résécable ou métastatique devait survenir dans les 12 mois suivant la dernière dose de chimiothérapie.
et
 - dont le cancer a progressé pendant ou après l'administration d'une chimiothérapie à base de taxane;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, à récepteurs hormonaux positifs et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes :
 - qui ont reçu au moins 2 chimiothérapies systémiques, dont au moins 1 dans un contexte de maladie localement avancée non résécable ou métastatique; si l'une de ces chimiothérapies a été administrée dans un contexte néoadjuvant ou adjuvant, la progression vers la maladie localement avancée non résécable ou métastatique devait survenir dans les 12 mois suivant la dernière dose de chimiothérapie; et
 - dont le cancer a progressé pendant ou après l'administration d'une taxane, d'une hormonothérapie et d'un inhibiteur du CDK4/6, à moins d'une contre-indication; et
 - dont les métastases cérébrales, si présentes, sont stables; et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation *in situ* (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

SACUBITRIL / VALSARTAN :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %); et
 - en association avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

SALBUTAMOL (sulfate de), Pd pour Inh. :

- ◆ pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus^{MC} ou qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen de ce dispositif.

SALMÉTÉROL (xinafoate de) / FLUTICASONE (propionate de) :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.
- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation; ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action; ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

SAPROPTÉRINE (dichlorhydrate de) :

- ◆ pour les femmes atteintes de phénylcétonurie qui désirent procréer et dont la concentration sérique de phénylalanine est supérieure à 360 µmol/l malgré une diète restreinte en phénylalanine.

L'autorisation initiale est d'une durée de deux mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse au traitement. Une réponse à la saproptérine est définie par une diminution moyenne de la concentration sérique de phénylalanine d'au moins 30 %.

L'autorisation sera alors accordée pour la période pendant laquelle la femme tente de procréer et jusqu'à la fin de la grossesse.

SARILUMAB :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation,
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sarilumab sont données à raison d'une dose maximale de 200 mg toutes les 2 semaines.

SATRALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO), chez les personnes âgées de 12 ans ou plus porteuses d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins un épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisode dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de 120 mg aux semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs prétraitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Il est à noter que le satralizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé pour le traitement du TSNMO.

SAXAGLIPTINE :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; ou
 - en association avec une sulfonylurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SÉBÉLIPASE ALFA :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la forme infantile d'un déficit en lipase acide lysosomale (DLAL), aussi appelé maladie de Wolman.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter des manifestations cliniques du DLAL avant l'âge de six mois, notamment un retard de croissance depuis la naissance; et
- avoir reçu une confirmation de DLAL par dosage enzymatique; ou
- avoir reçu une confirmation génétique d'une suppression ou d'une mutation du gène associé au DLAL.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 5 mg/kg de sébélipase alfa une fois par semaine.

SÉCUKINUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine; ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour; ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois. Toutefois, pour les personnes de 90 kg ou plus, une augmentation de la dose à 300 mg toutes les 2 semaines à partir de la 16^e semaine de traitement est permise.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine; ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale sur une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 150 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, suivi d'un maximum de 300 mg tous les mois.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hidradénite suppurée modérée à grave :
 - qui ont au moins 3 abcès ou nodules;
et
 - qui présentent des lésions dans au moins 2 régions anatomiques distinctes, dont 1 de stade Hurley II ou III;
et
 - qui ont une réponse insuffisante à une antibiothérapie orale d'une durée d'au moins 3 mois.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

SELEXIPAG :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

SÉLINEXOR :

- ♦ en association avec le bortézomib et la dexaméthasone, pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, chez les personnes :
 - dont la maladie est réfractaire à la lénalidomide et à un anticorps ciblant la protéine CD38;
et
 - pour qui le carfilzomib ne constitue pas une option de traitement en raison d'une intolérance sérieuse, d'une contre-indication, d'une contrainte importante liée au schéma d'administration ou de l'échec antérieur de ce traitement;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence ou de progression de la maladie.

Les autorisations sont données à raison de 1 dose hebdomadaire maximale de 100 mg.

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour la poursuite du traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, chez les personnes ayant commencé un traitement associant le sélinexor, le bortézomib et la dexaméthasone en milieu hospitalier, et qui ont dû cesser le bortézomib en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une nouvelle contre-indication.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence ou de progression de la maladie.

Les autorisations sont données à raison de 1 dose hebdomadaire maximale de 100 mg.

SELPERCATINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde au stade avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente des mutations du gène *RET*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le selpercatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur ciblant uniquement le récepteur RET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes:
 - dont la tumeur présente une fusion du gène *RET*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le selpercatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur ciblant le récepteur RET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

SÉLUMÉTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des neurofibromes plexiformes (NP) symptomatiques inopérables liés à la neurofibromatose de type 1 (NF1), chez les personnes :
 - âgées de 2 à 18 ans à l'instauration du traitement;
et
 - dont les symptômes sont associés à une atteinte fonctionnelle significative ou à une réduction importante de la qualité de vie (par exemple : douleur chronique, compression d'un organe vital ou de la colonne vertébrale, altération significative des fonctions motrice, respiratoire, visuelle ou neurologique);
et
 - dont le diagnostic de NF1 est confirmé par :
 - un séquençage génétique;
ou
 - la présence d'un des critères diagnostiques suivants :
 - au moins 6 taches café au lait de plus de 5 mm de diamètre chez un enfant prépubère et de plus de 15 mm après la puberté;
 - des lentigines dans les plis axillaires ou inguinaux;
 - un gliome des voies optiques;
 - au moins deux nodules de Lisch;
 - une des lésions osseuses suivantes : dysplasie du sphénoïde, courbure antérolatérale du tibia ou pseudarthrose d'un os long;
 - un parent au premier degré atteint de NF1;
- et
- pour qui la résection complète du NP cible n'est pas considérée comme réalisable sans risque de morbidité substantielle (par exemple, en raison de l'enclavement ou de la proximité de structures vitales, du caractère invasif ou de la vascularisation élevée du NP).

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir :

- des données qui permettent de démontrer une amélioration significative des atteintes fonctionnelles ou de la qualité de vie du patient (y compris, mais pas seulement, une réduction de la douleur ou une amélioration des fonctions altérées par le NP);
ou
- la preuve de la réduction ou la stabilisation de la taille de la tumeur confirmée par imagerie.

Il est à noter que le sélumétinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur MEK, si celui-ci a été administré pour le traitement de la NF1.

SÉMAGLUTIDE, Sol. Inj. S.C :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale hebdomadaire de 1 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SÉMAGLUTIDE, Co. :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 14 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SÉVÉLAMER (carbonate de) :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SÉVÉLAMER (chlorhydrate de) :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SILDÉNAFIL (citrate de) :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les autorisations seront données à raison de 20 mg 3 fois par jour.

SIPONIMOD (acide fumarique de) :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- avoir une maladie active caractérisée par au moins l'un des éléments suivants :
 - une poussée clinique dans les deux dernières années;
 - une nouvelle lésion en T2 dans la dernière année;
 - une augmentation du volume d'une lésion en T2 dans la dernière année;
 - une lésion rehaussée par le gadolinium à l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) dans la dernière année.
- et
- avoir un résultat sur l'échelle EDSS inférieur à 7.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

SITAGLIPTINE :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;
 - ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SITAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SOFOSBUVIR :

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 :
 - qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC;
ou
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;
ou
 - qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 3 :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;
ou
 - qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

SOFOSBUVIR / VELPATASVIR :

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique avec cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

SOFOSBUVIR / VELPATASVIR / VOXILAPRÉVIR :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique, qui ne présentent pas de cirrhose décompensée, infectées par :
 - le génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement contenant un inhibiteur de la NS5A;
ou
 - le génotype 1, 2, 3 ou 4 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement à base de sofosbuvir, mais sans d'inhibiteur de la NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

SOMATOTROPHINE :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :
 - croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle;

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants en bas âge présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance :

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
 - sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).
- ◆ pour le traitement du déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée s'ils répondent aux critères suivants :
 - somatotrophine sérique ou plasmatique entre 0 et 3 µg/L lors d'une épreuve de stimulation pharmacologique.

Chez les personnes présentant un déficit multiple d'hormones hypophysaires, ainsi que pour confirmer une déficience acquise durant l'enfance ou l'adolescence, une seule épreuve de stimulation pharmacologique est nécessaire. Dans le cas d'un déficit isolé en hormone de croissance, une deuxième épreuve est requise.

Le test recommandé est l'hypoglycémie insulinique; si toutefois ce test est contre-indiqué, le test au glucagon peut lui être substitué :

- si le déficit est acquis à l'âge adulte, il doit être consécutif à une maladie hypophysaire ou hypothalamique ou encore à une chirurgie, à une radiothérapie ou à un traumatisme.
- ◆ pour le traitement du syndrome de Turner :
 - le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
 - sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
 - sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SOMATOTROPHINE – retard de croissance et syndrome de Turner :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :
 - croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle.

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance :

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

♦ pour le traitement du syndrome de Turner :

- le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
- sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
- sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SOMATOTROPHINE – retard de croissance lié à l'insuffisance rénale :

♦ pour le traitement des enfants et adolescents présentant un retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale s'ils répondent aux critères suivants :

- croissance non terminée, taux de filtration glomérulaire $\leq 1,25 \text{ ml/s/1,73 m}^2$ ($75 \text{ ml/min/1,73 m}^2$) et score Z (HSDS) ≤ -2 écarts-type (score Z = taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe) ou Δ score Z (HSDS) < 0 écart-type lorsque la taille est plus petite que le 10^e percentile (basé sur des périodes d'observation minimales de 6 mois si l'enfant a plus d'un an et de 3 mois pour l'enfant de moins d'un an);
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on n'observe pas de réponse (pas d'augmentation de Δ du score Z (HSDS) dans les douze premiers mois de traitement);
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on observe l'ossification des cartilages de conjugaison ou lorsque l'enfant a atteint la taille finale prévue;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SORAFENIB (tosylate de) :

♦ pour le traitement du carcinome hépatocellulaire de stade avancé, chez les personnes :

- dont la maladie a progressé après une chirurgie ou une thérapie locorégionale, à moins de ne pas y être admissible;
- et
- dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
- et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le sorafenib n'est pas autorisé à la suite de l'échec du lenvatinib, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome hépatocellulaire.

SOTATERCEPT :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- recevoir un traitement optimisé comprenant au moins 2 autres médicaments pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire tels qu'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline, un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5, une prostacycline, un analogue de la prostacycline ou un agoniste des récepteurs de la prostacycline, à moins de contre-indication ou d'intolérance; et
- ne pas avoir une hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle IV de l'OMS.

STIRIPENTOL :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Dravet, en association avec le clobazam et le valproate, à moins d'intolérance sérieuse à l'un de ces médicaments.

SUNITINIB (malate de) :

- ◆ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2 :
 - n'ayant pas répondu au traitement par l'imatinib (résistance primaire); ou
 - dont le cancer a évolué après avoir manifesté une réponse initiale à l'imatinib (résistance secondaire); ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 6 mois.

Il est à noter que le sunitinib n'est pas autorisé en association avec l'évérolimus, ni à la suite d'un échec avec l'évérolimus si celui-ci a été administré pour le traitement de tumeurs neuroendocrines pancréatiques.

TACROLIMUS, Pom. Top. :

- ◆ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique.
- ◆ pour le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage.

TADALAFIL :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les autorisations seront données à raison de 40 mg une fois par jour.

TAFAMIDIS :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir une confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère;
et
- doit avoir un diagnostic confirmé par :
 - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;
ou
 - un test génétique;et
- doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;
et
- ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 61 mg de tafamidis une fois par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que la cardiomyopathie de son patient ne correspond pas à la classe IV de la NYHA. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une cardiomyopathie de classe IV de la NYHA.

Il est à noter que le tafamidis et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

TAFAMIDIS MÉGLUMINE :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir une confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère;
et
- doit avoir un diagnostic confirmé par :
 - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;
ou
 - un test génétique;et
- doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;
et
- ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 80 mg de tafamidis méglumine une fois par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que la cardiomyopathie de son patient ne correspond pas à la classe IV de la NYHA. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une cardiomyopathie de classe IV de la NYHA.

Il est à noter que le tafamidis et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

TAFASITAMAB :

- ♦ en association avec la lénalidomide, pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) récidivant ou réfractaire, sans autres précisions, y compris le LDGCB découlant d'un lymphome de faible grade, qui ne sont pas admissibles à une autogreffe de cellules souches. Les patients doivent de plus satisfaire aux critères suivants :
 - n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19;
et
 - présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée de chaque autorisation est de 4 mois. Le tafasitamab s'administre à la dose de 12 mg/kg, par cycles de 28 jours, les jours 1, 4, 8, 15 et 22 du 1^{er} cycle, les jours 1, 8, 15 et 22 des 2^e et 3^e cycles, puis les jours 1 et 15 des cycles subséquents.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

TAZAROTÈNE :

- ♦ pour le traitement de l'acné ou d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

TÉBENTAFUSP :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du mélanome uvéal non résecable ou métastatique, chez les personnes :
 - positives à l'antigène leucocytaire humain (HLA)-A*02:01;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

TÉCLISTAMAB :

- ◆ pour le traitement de quatrième intention ou plus du myélome multiple récidivant ou réfractaire, chez les personnes :
 - ayant déjà reçu un immunomodulateur, un inhibiteur du protéasome et un anticorps ciblant la protéine CD38;
et
 - dont la maladie est réfractaire au dernier traitement reçu;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que le téclistamab n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un anticorps bispécifique ciblant l'antigène de maturation des lymphocytes B, si celui-ci a été administré pour le traitement du myélome multiple.

Le traitement d'induction et la greffe autologue de cellules souches suivie d'un traitement d'entretien ne constituent que 1 seule intention de traitement.

TEMSIROLIMUS :

- ◆ pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal métastatique dont l'histologie est à cellules claires ou non à cellules claires chez les personnes présentant des facteurs de risque de mauvais pronostic.

TEPOTINIB (CHLORHYDRATE DE) :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé non résecable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente des mutations conduisant au saut du METex14;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que le tepotinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase du MET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

TÉRIFLUNOMIDE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

TÉRIPARATIDE :

- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
 - une nouvelle fracture de fragilisation survenue dans les 24 derniers mois à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
ou
 - un score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à $-2,5$ et une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois chez une femme avec un antécédent de fracture de fragilisation.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois. Un retraitement avec la téraparatide n'est pas autorisé.

Il est à noter que la téraparatide n'est pas autorisée si la personne a reçu le romosozumab, à moins d'une intolérance à ce dernier.

TÉRIPARATIDE (biosimilaire) :

- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
 - une nouvelle fracture de fragilisation survenue dans les 24 derniers mois à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
ou
 - un score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à $-2,5$ et une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois chez une femme avec un antécédent de fracture de fragilisation.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois. Un retraitement avec la téraparatide n'est pas autorisé.

Il est à noter que la téraparatide n'est pas autorisée si la personne a reçu le romosozumab, à moins d'une intolérance à ce dernier.

TÉZÉPÉLUMAB :

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'asthme grave, présentant dans l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne d'un corticostéroïde inhalé à dose élevée, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

Pour la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations, comme défini précédemment, et le résultat à l'un des questionnaires suivants pour l'année de référence :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
ou
- Asthma Control Test (ACT);
ou
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
ou
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer du maintien des effets bénéfiques du traitement par le tézépélumab par rapport aux valeurs de base. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 210 mg toutes les 4 semaines.

THALIDOMIDE :

- ◆ en association avec le melphalan et la prednisone, pour le traitement de première intention du myélome multiple, chez des personnes non candidates à la greffe de cellules souches.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que la thalidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortézomib.

TICAGRÉLOR :

- ♦ lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique.
La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

TIGÉCYCLINE :

- ♦ pour le traitement des infections compliquées cutanées polymicrobiennes prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) :
 - nécessitant une antibiothérapie ciblant simultanément le SARM et les bactéries Gram négatif;
et
 - lorsque la vancomycine en combinaison avec un autre antibiotique est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.
- ♦ pour le traitement des infections compliquées intra-abdominales, en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance à un traitement de première intention.

TILDRAKIZUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tildrakizumab sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines.

TISAGENLEUCUCEL :

- ◆ pour le traitement des enfants et des jeunes adultes âgés de 3 à 25 ans atteints de leucémie lymphoblastique aiguë à cellules B dont la maladie est réfractaire ou a récidivé après une greffe de cellules souches allogéniques ou pour ceux qui n'y sont pas admissibles, ou qui ont subi une deuxième rechute ou plus. Les patients doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :
 - avoir une maladie positive pour le marqueur CD19;
et
 - présenter un statut de performance Karnofsky/Lansky ≥ 50 ;
et
 - avoir une espérance de vie d'au moins 12 semaines;
et
 - n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19 au préalable.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par le tisagenlecleucel n'est pas autorisé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'un lymphome à grandes cellules B (LGCB) récidivant ou réfractaire (R/R) après au moins deux intentions de traitement systémique, y compris les adultes atteints d'un lymphome diffus à grandes cellules B (LDGCB) sans autre précision, d'un lymphome à cellules B de haut grade et d'un LDGCB résultant d'un lymphome folliculaire. Les patients doivent de plus satisfaire à tous les critères suivants :
 - présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1;
et
 - n'avoir jamais reçu de thérapie anti-CD19 au préalable.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement par le tisagenlecleucel n'est pas autorisé.

TIZANIDINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré.

TOBRAMYCINE (sulfate de), Sol. pour Inh. et Pd. pour Inh. :

- ◆ chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à *Pseudomonas aeruginosa* lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation.

TOCOPHÉRYLE (acétate de dl-alpha) :

- ◆ pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E.

TOFACITINIB (citrate de) :

- ♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication au méthotrexate.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
 - et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
- et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

TRAMÉTINIB :

- ◆ en association avec le dabrafénib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

- ◆ Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le tramétinib, en association avec le dabrafénib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en association avec le dabrafénib, pour le traitement adjuvant d'un mélanome exprimant une mutation V600 du gène *BRAF*, avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, chez les personnes :
 - dont le mélanome a été complètement réséqué;
et
 - dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à un inhibiteur BRAF;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que la prise de tramétinib n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec un inhibiteur BRAF si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

TRASTUZUMAB DÉRUXTÉCAN :

- ◆ En monothérapie, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique surexprimant le récepteur HER2, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 et :
 - qui ont déjà reçu un traitement à base de trastuzumab et d'une taxane pour une maladie métastatique; ou
 - qui ont reçu un traitement anti-HER2 comme traitement néoadjuvant ou adjuvant et qui ont présenté une récurrence pendant le traitement ou dans les 6 mois suivant la fin de ce dernier.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ◆ En monothérapie, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique surexprimant légèrement HER2, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 et :
 - qui ont déjà reçu au moins une chimiothérapie pour une maladie métastatique ou qui ont présenté une récurrence pendant une chimiothérapie adjuvante ou dans les 6 mois suivant la fin de ce traitement; et
 - qui ont reçu au moins une hormonothérapie, si atteintes d'un cancer à récepteurs hormonaux positifs (RH+), et ne sont plus considérées comme admissibles à ce type de traitement.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation *in situ* (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

TRASTUZUMAB :

- ◆ pour le traitement du cancer du sein invasif précoce surexprimant le récepteur HER2.

Les autorisations sont données pour un maximum de 17 cycles de traitement.

- ◆ pour le traitement du cancer du sein métastatique surexprimant le récepteur HER2.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, et surexprimant le HER2, selon l'indication reconnue pour le tucatinib.
- ◆ en association avec un sel de platine et une fluoropyrimidine, pour le traitement de première intention des personnes atteintes de cancer gastrique ou de la jonction gastro-oesophagienne, HER2 positif, inopérable, au stade avancé ou métastatique.
- ◆ en association avec le pertuzumab et une taxane, pour le traitement de première intention du cancer du sein métastatique surexprimant le récepteur HER2, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base d'un sel de platine et d'une fluoropyrimidine, pour le traitement de 1^{re} intention des personnes atteintes d'un adénocarcinome gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne, HER2 positif, non résécable, au stade avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le pembrolizumab.

TRASTUZUMAB EMTANSINE :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du sein localement avancé inopérable ou métastatique surexprimant le récepteur HER2, chez les personnes :
 - qui ont déjà reçu un traitement avec le trastuzumab et une taxane, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - qui ont reçu au moins un traitement antérieur pour un cancer du sein métastatique ou qui ont présenté une récurrence durant le traitement adjuvant ou les 6 mois qui suivent l'arrêt de ce traitement;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le trastuzumab emtansine n'est pas autorisé à la suite d'un échec à celui-ci s'il a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce surexprimant le récepteur HER2, chez les personnes qui présentent une maladie résiduelle invasive après un traitement néoadjuvant incluant une taxane et du trastuzumab et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

Le trastuzumab emtansine doit être amorcé au cours des 12 semaines suivant la chirurgie. La durée maximale de l'autorisation est de 14 cycles de traitement.

TRÉMÉLIMUMAB :

- ◆ en association avec le durvalumab, pour le traitement de première intention du carcinome hépatocellulaire non résécable et nécessitant un traitement systémique, chez les personnes :
 - dont la maladie correspond au stade BCLC B ou C (*Barcelona Clinic Liver Cancer*);
et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

L'autorisation est donnée pour une administration unique. Le retraitement avec le trémélimumab n'est pas autorisé.

- ◆ en association avec le durvalumab et une chimiothérapie à base de sel de platine, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique ne présentant aucune mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'*EGFR* ni aucun réarrangement du gène *ALK* ou *ROS1*, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de traitement est de 5 cycles.

TRÉOSULFAN :

- ♦ En association avec la fludarabine dans le cadre du traitement de conditionnement précédant la greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, chez les adultes atteints de leucémie myéloïde aigüe ou de syndrome myélodysplasique et présentant un risque accru avec les thérapies de conditionnement standards.

Les autorisations pour le tréosulfan sont données à raison d'une dose maximale de 10 g/m²/jour (dose totale de 30 g/m²).

TREPROSTINIL SODIQUE :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

TRÉTINOÏNE, Cr. Top. et Gel Top. :

- ♦ pour le traitement de l'acné ou d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

TRIENTINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Wilson, lorsque la pénicillamine est contre-indiquée ou non tolérée.

TRIFLURIDINE / TIPIRACIL (chlorhydrate de) :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1 ainsi qu'un échec aux thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
 - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine;
et
 - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine;
et
 - un traitement incluant le bevacizumab;
et
 - en présence d'un gène RAS non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne à un stade métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé à la suite d'au moins deux traitements systémiques pour un cancer avancé, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse, incluant une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, de sel de platine, de taxane ou d'irinotécan. Les personnes au statut HER2 positif doivent également avoir reçu une thérapie ciblant les récepteurs HER2; à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

TRIEPTANOÏNE :

- ◆ pour le traitement des troubles d'oxydation des acides gras à longue chaîne (TOAG-LC).

Lors de l'instauration du traitement, la personne doit :

- avoir reçu un diagnostic confirmé de TOAG-LC;
et
- suivre une diète pauvre en acides gras à longue chaîne et riche en glucides;
et
- présenter :
 - des symptômes graves tels qu'une rhabdomyolyse, une cardiomyopathie, une atteinte hépatique, des épisodes d'hypoglycémie ou une intolérance importante à l'effort limitant le fonctionnement, et ce, malgré un traitement de supplémentation d'huile de triglycérides à chaînes moyennes (TCM);
ou
 - une décompensation aiguë sévère engageant le pronostic vital, dans le contexte d'une forme néonatale ou infantile de la maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement (par exemple, une diminution des hospitalisations, une réduction du taux de créatine kinase ou une amélioration de la fraction d'éjection ventriculaire gauche par rapport aux valeurs de départ).

Les demandes subséquentes sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

La dose quotidienne de triheptanoïne ne doit pas dépasser 35 % de l'apport calorique quotidien total prescrit.

Il est à noter que la triheptanoïne ne doit pas être utilisée en association avec une huile TCM.

TROSPIMUM (chlorure de) :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

TUCATINIB :

- ◆ en association avec le trastuzumab et la capécitabine pour le traitement de deuxième intention ou plus des personnes atteintes d'un cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, et surexprimant le récepteur HER2 :
 - ayant reçu un traitement par le trastuzumab, le pertuzumab et le trastuzumab emtansine, pris séparément ou en association;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

UPADACITINIB (15 mg) :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation,et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg 1 fois par jour.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :

- À l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg 1 fois par jour.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - À l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg 1 fois par jour.

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'au moins 1 agent de rémission systémique, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

Chez la personne ayant commencé un agent de rémission systémique avant l'âge de 12 ans, les critères d'instauration doivent avoir été documentés avant le début du traitement et l'emploi préalable de photothérapie n'est pas requis.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 30 mg.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points; et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage d'un agent biologique inscrit sur les listes de médicaments pour soigner cette maladie n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'un maximum de 15 mg par jour.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

UPADACITINIB (30 mg) :

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'au moins 1 agent de rémission systémique, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

Chez la personne ayant commencé un agent de rémission systémique avant l'âge de 12 ans, les critères d'instauration doivent avoir été documentés avant le début du traitement et l'emploi préalable de photothérapie n'est pas requis.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 30 mg.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

UPADACITINIB (45 mg) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ENFANTS) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être chez l'adulte :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines avec la possibilité d'augmenter la fréquence d'administration à toutes les 8 semaines après 6 mois de traitement..

Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines avec la possibilité d'augmenter la fréquence d'administration à toutes les 8 semaines après 6 mois de traitement.

Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave :
 - lorsque les anti-TNF α figurant dans la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions sont contre-indiqués. Dans ce cas, les conditions requises pour accorder la 1^{re} autorisation de l'ustekinumab sont les mêmes que celles exigées à l'instauration d'un traitement par les anti-TNF α hormis l'infliximab, et ce, en tenant compte du fait qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique;
ou
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions n'a pas induit un contrôle optimal de celle-ci ou n'a pas été toléré. L'anti-TNF α doit avoir été utilisé conformément aux indications qui lui sont reconnues dans cette liste pour cette maladie, et ce, en tenant compte du fait qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 7 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

VEDOLIZUMAB, Pd. Perf. I.V. :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 % ;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le vedolizumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg aux semaines 0, 2, 6, puis toutes les 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Le vedolizumab est autorisé à raison de 3 doses de 300 mg administrées aux semaines 0, 2 et 6 puis d'un maximum de 300 mg toutes les 8 semaines.

VEDOLIZUMAB, Sol. Inj. S.C. :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les autorisations concernant le vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction selon l'indication donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la maladie de Crohn.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Le vedolizumab est autorisé à raison d'une dose maximale 108 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave.

Les autorisations concernant le vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la colite ulcéreuse.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les demandes concernant le vedolizumab administré par voie sous-cutanée sont autorisées à raison d'une dose maximale de 108 mg toutes les 2 semaines.

VÉLAGLUCÉRASE ALFA :

- ◆ pour le traitement des adultes et des enfants atteints de la maladie de Gaucher de type 1.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit démontrer que la maladie se manifeste par des symptômes cliniques significatifs.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique sur les manifestations qui ont justifié le début du traitement.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 60 U/kg toutes les 2 semaines.

VÉMURAFÉNIB :

- ◆ en association avec le cobimétinib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le vémurafénib, en association avec le cobimétinib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse au dabrafénib;
ou
 - qui sont porteuses d'une mutation BRAF V600K.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

VÉNÉTOCLAX :

- ◆ en monothérapie pour la période initiale d'augmentation graduelle de la dose, puis en association avec le rituximab, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante chez les personnes :

- ayant reçu au moins un traitement antérieur;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 1.

La durée maximale de traitement en association avec le rituximab est de 6 cycles.

Il est à noter que le vénétoclax n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la protéine B-cell lymphoma-2, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 6 cycles combinant le vénétoclax et le rituximab.

La durée maximale de l'autorisation est de 20 cycles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la maladie ne progresse pas. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie pour la poursuite du traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 6 cycles combinant le vénétoclax et l'obinutuzumab.

L'autorisation est donnée pour une durée maximale de 6 cycles.

- ◆ en association avec l'azacitidine administrée par voie parentérale, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie myéloïde aigüe, chez les personnes qui ne sont pas candidates à une chimiothérapie d'induction intensive en raison d'un âge avancé ou de comorbidités et dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le vénétoclax, en association avec l'azacitidine, n'est pas autorisé si le patient a déjà été exposé à un agent hypométhylant pour le traitement d'un syndrome myélodysplasique.

- ◆ en association avec l'obinutuzumab, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de traitement en association avec l'obinutuzumab est de 6 cycles.

- ◆ en association avec l'ibrutinib, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique selon l'indication reconnue pour l'ibrutinib, pour un maximum de 12 cycles.

- ◆ en association avec l'acalabrutinib, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique selon l'indication reconnue pour l'acalabrutinib, pour un maximum de 12 cycles.

- ◆ en association avec l'ibrutinib, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire selon l'indication reconnue pour l'ibrutinib, pour un maximum de 24 mois.

VÉRICIGUAT :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II à IV de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %);
et
 - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant, un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM) et un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2), à moins de contre-indication ou d'intolérance;
et
 - dont l'état a été stabilisé après un récent événement témoignant d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II à IV de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une fraction d'éjection de 41 à 44 %;
et
 - dont le taux de *brain natriuretic peptide* (BNP) ou de *N-Terminal Pro-brain natriuretic peptide* (NT-proBNP) a permis de confirmer le diagnostic d'insuffisance cardiaque;
et
 - dont l'état a été stabilisé après un récent événement témoignant d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque.

VERTÉPORFINE :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50 p. cent ou plus de la surface maculaire.
- ◆ pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation.
- ◆ pour le traitement du syndrome d'histioplasmose oculaire présumé avec néovascularisation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / FLUTICASONE (furoate de), 25 mcg – 100 mcg :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

-
Les autorisations sont données à raison de 1 dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (trifénate de) / FLUTICASONE (furoate de), 25 mcg – 200 mcg :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (trifénate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') :

- ◆ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

VILANTÉROL (trifénate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') / FLUTICASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté dans la dernière année au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par 1 agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
 - qui reçoivent déjà 1 agoniste β_2 à longue action, 1 antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

VISMODEGIB :

- ◆ pour le traitement du carcinome basocellulaire au stade localement avancé ou métastatique chez les personnes qui ne sont pas admissibles à la chirurgie ni à la radiothérapie et qui présentent un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

VORASIDENIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'astrocytome ou de l'oligodendrogliome de grade 2, selon le système de classification des tumeurs de l'Organisation mondiale de la santé, présentant une mutation sensible des gènes IDH1 ou IDH2, chez les personnes de 12 ans ou plus, présentant une maladie mesurable après une intervention chirurgicale et :
 - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie systémique ou de radiothérapie pour leur tumeur;
et
 - ne présentant pas de caractéristique de haut risque de progression, ni d'indication de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie seules ou en association;
et
 - dont la dernière résection chirurgicale a été réalisée dans les 5 ans précédant l'amorce du traitement;
et
 - dont le statut de performance est ≥ 80 % selon l'échelle de Lansky pour les enfants de moins de 16 ans ou ≥ 80 % selon l'échelle de Karnofsky pour les personnes de 16 ans ou plus.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie. De plus, le traitement doit être cessé si une chimiothérapie systémique ou de la radiothérapie est amorcée pour traiter la tumeur.

Il est à noter que le vorasidenib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des enzymes IDH1 ou IDH2 si celui-ci a été administré pour le traitement d'un astrocytome ou d'un oligodendrogliome. Dans le cas présent, l'échec se définit par une progression de la maladie pendant le traitement ou si la tumeur se transforme en un grade 3 ou 4.

VORETIGÈNE NÉPARVOVEC :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant reçu un diagnostic de dystrophie rétinienne héréditaire causée par des mutations sur les deux allèles du gène codant pour la protéine RPE65. Pour être admissible au traitement, la personne doit présenter :
 - l'un des résultats suivants aux tests visuels, pour chaque oeil :
 - une acuité visuelle corrigée maximale de 20/60;
ou
 - un champ visuel de moins de 20 degrés dans au moins l'un des méridiens, mesuré dans l'isoptère III4e ou équivalent;
 - et
 - un nombre suffisant de cellules rétiniennes viables, démontré par :
 - une zone de rétine d'une épaisseur supérieure à 100 μm au niveau du pôle postérieur, évaluée par tomographie par cohérence optique (TCO);
ou
 - une zone sans atrophie ou dégénérescence pigmentaire d'une surface équivalente à au moins 3 fois le diamètre du disque optique;
ou
 - un îlot de champ visuel résiduel à l'intérieur des 30 degrés entourant le point de fixation de l'isoptère III4e.

Seul un traitement de voretigène néparvovec est autorisé par oeil. Sa réadministration en cas de perte d'efficacité n'est pas autorisée.

VORICONAZOLE :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive.
- ◆ pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

VUTRISIRAN :

- ◆ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 25 mg de vutrisiran une fois tous les 3 mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Dans les demandes de poursuite du traitement, le médecin doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que le vutrisiran n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

ZANUBRUTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères de l'International Workshop for Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM).

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le zanubrutinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

ZILUCOPLAN :

- ◆ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à IV selon la classification de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine; et
 - un score d'au moins 6 points sur l'échelle Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL); et
 - à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées, un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase et, pendant au moins 1 an :
 - par au moins 2 médicaments parmi les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs non stéroïdiens; ou
 - par au moins 1 de ces médicaments avec l'utilisation chronique (tous les 3 mois ou moins) de thérapie plasmatique ou d'immunoglobulines.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale sans détérioration clinique).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales quotidiennes suivantes en fonction du poids corporel :

- Pour les personnes de < 56 kg : 16,6 mg 1 fois par jour;
- Pour les personnes de ≥ 56 kg et < 77 kg : 23,0 mg 1 fois par jour;
- Pour les personnes de ≥ 77 kg : 32,4 mg 1 fois par jour.

Il est à noter que le zilucoplan n'est pas autorisé de façon concomitante avec un autre inhibiteur du complément ou avec un inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance du zilucoplan avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aiguë.

Il est également à noter que le zilucoplan n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du complément C5 si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

ZOLBÉTUXIMAB :

- ◆ en association avec une chimiothérapie à base d'un sel de platine et d'une fluoropyrimidine, pour le traitement de 1^{re} intention d'un cancer gastrique ou de la jonction gastro-oesophagienne localement avancé non résecable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur est de type adénocarcinome, ne surexprime pas le récepteur HER2 et est positive pour la claudine (CLDN) 18.2;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, selon les critères RECIST, confirmée par imagerie.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL :

- ◆ pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale.
- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant une tumeur solide avec au moins une métastase osseuse, ou un myélome multiple avec lésions osseuses.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 5 mg/100 mL :

- ◆ pour le traitement de la maladie de Paget.
- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.
- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes à risque élevé de fractures ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

ANNEXE IV.1

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION / POURSUITE D'UN TRAITEMENT EN COURS

L'utilisation des médicaments énumérés à la présente annexe doivent être considérés de façon spéciale dans un établissement.

Les médicaments maintenus à la liste aux seules fins de poursuivre un traitement et pour lesquels aucune indication thérapeutique particulière n'est indiquée sont les suivants :

ADALIMUMAB (HUMIRA) :

ADALIMUMAB	Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,8 mL)	Humira (seringue)	AbbVie	02258595
			Humira (stylo)	AbbVie	99100385

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 3 mars 2021 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le médecin devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de colite ulcéreuse modérée à grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %, ou une diminution du score Mayo partiel d'au moins 2 points;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois.

AFLIBERCEPT (EYLEA) :

AFLIBERCEPT (Eylea)	Sol. Inj.	40 mg/mL (0,0278 mL)	Eylea	Bayer	02415992
	Sol. Inj. (ser)	40 mg/mL (0,177 mL)	Eylea	Bayer	02505355

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 6 novembre 2025.

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne.

L'administration recommandée est de 1 dose par oeil tous les 2 mois. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab, le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique.

L'administration recommandée est de 1 dose par oeil tous les 2 mois. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab ou le ranibizumab pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'oedème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même oeil.

BEVACIZUMAB :

BEVACIZUMAB	Sol. Perf. I.V.	25 mg/mL	Avastin	Roche	02270994

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 14 novembre 2019 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ en association avec une chimiothérapie incluant une fluoropyrimidine, pour le traitement d'un cancer colorectal métastatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2 :

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le bevacizumab ne sera pas autorisé pour un traitement de deuxième intention s'il a été administré pour le traitement de première intention du cancer colorectal.

- ♦ en association avec le paclitaxel, le topotécan ou la doxorubicine liposomale pégylée, pour le traitement du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé dans les 6 mois suivant la fin d'une chimiothérapie à base d'un sel de platine; et
 - présentant une ascite néoplasique symptomatique; et
 - n'ayant pas reçu plus de 2 protocoles de chimiothérapie, ni de traitement ciblant le facteur de croissance endothélial vasculaire (VEGF); et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

DENOSUMAB (PROLIA) :

DENOSUMAB	Sol. Inj. S.C. (ser)	60 mg/mL	Prolia	Amgen	02343541

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 7 novembre 2024 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.
- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes à risque élevé de fractures ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

DENOSUMAB (XGEVA) :

DENOSUMAB	Sol. Inj. S.C.	120 mg/1,7 mL	Xgeva	Amgen	02368153

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 7 novembre 2024 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer de la prostate résistant à la castration et présentant au moins une métastase osseuse.
- ♦ pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer du sein et présentant au moins une métastase osseuse, en cas d'intolérance au pamidronate ou à l'acide zolédronique.

ÉNOXAPARINE (LOVENOX) :

ÉNOXAPARINE (Lovenox)	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL	Lovenox	SanofiAven	2236564
	Sol. Inj. S.C. (ser.)	30 mg/0,3 mL	Lovenox	SanofiAven	2012472
	Sol. Inj. S.C. (ser.)	40 mg/0,4 mL	Lovenox	SanofiAven	2236883
	Sol. Inj. S.C. (ser.)	60 mg/0,6 mL	Lovenox	SanofiAven	2378426
	Sol. Inj. S.C. (ser.)	80 mg/0,8 mL	Lovenox	SanofiAven	2378434
	Sol. Inj. S.C. (ser.)	100 mg/1,0 mL	Lovenox	SanofiAven	2378442
	Sol. Inj. S.C. (ser.)	120 mg/0,8 mL	Lovenox HP	SanofiAven	2242692
	Sol. Inj. S.C. (ser.)	150 mg/1,0 mL	Lovenox HP	SanofiAven	2378469

Lorsque la personne a commencé le traitement dans les douze (12) mois précédant le 15 décembre 2021.

ÉTANERCEPT (ENBREL) :

ÉTANERCEPT (Enbrel)	Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (1 mL)	Enbrel	Amgen	02274728
	Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (1 mL)	Enbrel	Amgen	99100373

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 18 août 2017 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 1^{er} février 2018 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 19 août 2020 et répondant aux indications suivantes :

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg 2 fois par semaine.

FILGRASTIM (NEUPOGEN) :

FILGRASTIM (Neupogen)	Sol. Inj.	300 mcg/mL (1,0 mL)	Neupogen	Amgen	01968017
	Sol. Inj.	300 mcg/mL (1,6 mL)	Neupogen	Amgen	99001454

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 30 septembre 2020 et répondant aux indications suivantes :

- ◆ pour le traitement des personnes recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).
- ◆ pour le traitement des personnes à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.
- ◆ lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.
- ◆ lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à $1,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.
- ◆ lors de chimiothérapie chez les enfants atteints de tumeur solide.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$.
- ◆ pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$).
- ◆ pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.
- ◆ pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

GLATIRAMÈRE (acétate de) (COPAXONE) :

GLATIRAMÈRE (acétate de)	Sol. Inj. S.C. (ser.)	20 mg/mL	Copaxone	Teva Innov	02245619

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 5 juillet 2018 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par l'absence de nouvelle poussée clinique.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

INFLIXIMAB (REMICADE) :

INFLIXIMAB (Remicade)	Pd. Perf. I.V.	100 mg	Remicade	Janss. Inc	02244016

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 19 août 2020 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique. La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois.
- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 3 mg/kg avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
 - ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
 - ou
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 8 semaines.

INSULINE ASPARTE (NovoRapid, 100 U/mL (3 mL) :

INSULINE ASPARTE (NovoRapid)	Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL)	NovoRapid Flex Touch	N.Nordisk	02377209
		NovoRapid Penfill	N.Nordisk	02244353

Lorsque la personne a commencé le traitement dans les douze (12) mois précédant le 2 février 2022.

INSULINE ASPARTE (NovoRapid, 100 U/mL (10 mL) :

INSULINE ASPARTE (NovoRapid)	Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (10 mL)	NovoRapid	N.Nordisk	02245397

Lorsque la personne a commencé le traitement dans les douze (12) mois précédant le 4 juillet 2024.

INSULINE GLARGINE (100 U/mL (3 mL) :

INSULINE GLARGINE	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Lantus	SanofiAven	02251930
	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Lantus SoloStar	SanofiAven	02294338

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 18 août 2017 et répondant à l'indication suivante :

- ♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable avec une insuline à action intermédiaire n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer un épisode d'hypoglycémie grave ou de fréquents épisodes d'hypoglycémie.

INSULINE LISPRO :

INSULINE LISPRO	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL	Humalog	Lilly	02229704
	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Humalog Humalog KwikPen	Lilly Lilly	02229705 02403412

Lorsque la personne a commencé le traitement dans les douze (12) mois précédent le 3 mars 2021.

OMALIZUMAB (XOLAIR) :

OMALIZUMAB (XOLAIR)	Sol. Inj. S.C.(ser)	150 mg/mL (1 mL)	Xolair	Novartis	02459795

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 25 septembre 2025.

- ♦ Pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6. Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 24 semaines à raison d'un maximum de 300 mg aux 4 semaines.

RANIBIZUMAB (LUCENTIS) :

RANIBIZUMAB (Lucentis)	Sol. Inj.	10 mg/mL (0,23 ml)	Lucentis	Novartis	02296810
	Sol. Inj. (ser)	10 mg/mL (0,165 ml)	Lucentis	Novartis	02425629

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 13 décembre 2023.

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, le faricimab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou le faricimab pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois-et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

La durée maximale du traitement est de 12 mois. Pendant cette période, le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même oeil.

RITUXIMAB (RITUXAN) :

RITUXIMAB (Rituxan)	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL	Rituxan	Roche	02241927

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 30 septembre 2020 et répondant aux indications suivantes :

- ♦ en monothérapie ou en association avec une chimiothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'un lymphome exprimant le CD20.

Un maximum de 8 cycles est autorisé.

Il est à noter que le rituximab n'est pas autorisé pour le traitement d'un lymphome indolent qui a progressé pendant un traitement incluant un anticorps dirigé contre le CD20, ou qui a progressé dans les 6 mois suivant la fin de ce traitement.

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien des personnes atteintes d'un lymphome indolent ayant répondu au traitement avec le rituximab administré en monothérapie ou en association avec les protocoles de chimiothérapie CHOP ou CVP.
- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

La durée de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'une période minimale de 12 mois et pour un maximum de 2 traitements.

Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1000 mg chacune.

- ♦ en association avec la fludarabine et la cyclophosphamide, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique à cellules B (LLC-B) de stade B ou C de Binet.
- ♦ en association avec la fludarabine et la cyclophosphamide, pour le traitement de deuxième intention de la leucémie lymphoïde chronique à cellules B (LLC-B) de stade B ou C de Binet chez les personnes n'ayant jamais fait l'essai d'une chimiothérapie à base de rituximab pour cette maladie.

Les autorisations pour le rituximab sont données pour un maximum de 6 cycles de traitement. Le rituximab s'administre le premier jour de chaque cycle à la dose de 375 mg/m² pour le premier cycle et de 500 mg/m² pour les cycles suivants :

- pour le traitement des personnes atteintes d'une leucémie lymphoïde chronique, selon l'indication reconnue pour l'idélalisib.
- pour le traitement des personnes atteintes de leucémie lymphoïde chronique, selon l'indication reconnue pour le vénétoclax.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA) :

TOCILIZUMAB (Actemra)	Sol. Inj. S.C. (ser)	162 mg/0,9 mL	Actemra	Roche	02424770
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	162 mg/0,9 mL	Actemra	Roche	02483327
	Sol. Inj. Perf. I.V.	20 mg/mL (4 mL)	Actemra	Roche	02350092
	Sol. Inj. Perf. I.V.	20 mg/mL (10 mL)	Actemra	Roche	02350106
	Sol. Inj. Perf. I.V.	20 mg/mL (20 mL)	Actemra	Roche	02350114

TOCILIZUMAB (ACTEMRA), Sol. Perf. I.V. :

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 22 mai 2025.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'une dose maximale de 8 mg/kg à toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter deux des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées;
- et
- disparition des épisodes de fièvre.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 10 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 8 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA), Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 22 mai 2025.

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'une dose maximale de 162 mg à toutes les semaines.

- ◆ comme traitement adjuvant à une corticothérapie, administrée à doses décroissantes, chez les personnes atteintes d'artérite à cellules géantes.

L'autorisation est accordée pour l'épisode de la maladie présentement en cours le 21 mai 2025 pour une durée maximale de 52 semaines et ne pouvant dépasser le 21 mai 2026.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - présenter deux des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées;
 - et
 - disparition des épisodes de fièvre.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 3 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 162 mg toutes les 2 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TRASTUZUMAB (HERCEPTIN) :

TRASTUZUMAB	Pd. Perf. I.V.	440 mg	Herceptin	Roche	02240692

Pour les personnes ayant commencé le traitement avant le 19 août 2020 et répondant aux indications suivantes :

- ◆ pour le traitement du cancer du sein métastatique en présence d'un degré élevé de surexpression de la protéine HER2, en association à la chimiothérapie.
- ◆ pour le traitement adjuvant du cancer du sein invasif complètement réséqué, HER-2 positif, chez les personnes :
 - avec une atteinte ganglionnaire ou sans atteinte ganglionnaire mais avec une tumeur d'au moins 1 cm (stade $\geq$ T1c);
et
 - qui ont une fraction d'éjection du ventricule gauche normale (FEVG $\geq$ 55 %).

Le trastuzumab peut être administré en concomitance ou à la suite d'une chimiothérapie adjuvante reconnue.

La durée maximale de traitement est de 52 semaines.

- ◆ en association avec un sel de platine et une fluoropyrimidine, pour le traitement de première intention des personnes atteintes de cancer gastrique ou de la jonction gastro-oesophagienne, HER2 positif, inopérable, au stade avancé ou métastatique.

USTEKINUMAB (STELARA) :

USTEKINUMAB (STELARA)	Sol. Inj. S.C. (ser)	45 mg/0,5 mL	Stelara	Janss. Inc.	02320673
	Sol. Inj. S.C. (ser)	90 mg/1 mL	Stelara	Janss. Inc.	02320681

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 23 mai 2024.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 45 mg aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 45 mg aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

ANNEXE V : AVIS AU MINISTRE DE L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

CONSULTATION

Les *Avis au ministre* de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sont accessibles sur leur site au www.inesss.qc.ca.

Pour trouver les recommandations faites sur un produit en particulier, utilisez le moteur de recherche de la page « Médicaments évalués » dans la section « Inscription des médicaments ».

Dans cette même section, vous trouverez aussi l'intégral des Avis au ministre qui peut être téléchargé en format PDF.

ABONNEMENT

Pour recevoir les Avis au ministre dès leur sortie, abonnez-vous en ligne sur le site web de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

Renseignements généraux

Légende

RÉFÉRENCE :

1. Classification thérapeutique.
2. Dénomination commune.
3. Forme pharmaceutique.
4. Teneur en ingrédient actif par unité posologique.
5. Dénominations communes d'un produit composé.
6. Teneur des ingrédients actifs par unité posologique selon l'énumération des dénominations communes d'un produit composé.

SYMBOLES :

-  Médicament assujéti au Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041).
-  Médicament de l'annexe F du Règlement sur les aliments et drogues.
-  Drogue contrôlée faisant partie de la partie G du Règlement sur les aliments et drogues (L.R.C. (1985), chapitre F-27).
-  Médicament assujéti au Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (DORS/2000-217).
-  Médicament pour lequel des critères d'utilisation reconnus par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux sont énumérés à l'annexe IV.

	FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE
28:08.04 ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS					
TIAPROFÉNIQUE (ACIDE) 	Co.	200 mg	<i>Tiaprofénic-200</i>	Pro Doc	02145006
	Co.	300 mg	<i>Surgam</i>	Aventis	02221950
TOLMÉTINE SODIQUE 	Caps.	400 mg	<i>Tolectin</i> <i>Novo-Tolmetin</i>	McNeil Novopharm	00484938 02076233
	Co.	200 mg	<i>Tolectin</i>	McNeil	00364126
	Co.	600 mg	<i>Tolectin</i>	McNeil	00632740
28:08.08 AGONISTE DES OPIACÉS					
ALFENTANIL (CHLORHYDRATE D') 	Sol. Inj. I.V.	0.5mg/mL	<i>Alfenta</i>	Janssen	00755818
CODÉINE (PHOSPHATE DE) 	Co.	15 mg	<i>Codéine</i> <i>Codéine Phosphate</i> <i>Codéine</i>	Rougier Technilab Trianon	00779458 00593435 02009889
	Co.	30 mg	<i>Codéine</i> <i>Codéine Phosphate</i> <i>Codéine</i>	Rougier Technilab Trianon	00779466 00593451 02009757
	Sol. Inj.	30 mg/mL	<i>Codéine</i> <i>Codéine</i>	Abbott Sabex	00497282 00544884
	Sol. Inj.	60 mg/mL	<i>Codéine</i>	Abbott	00497290
FENTANYL 	Timbre cut.	75 mcg/h	<i>Duragesic</i>	Janssen	01937405
	Sol. Inj.	0.05 mg/mL	<i>Citrate de Fentanyl</i> <i>Fentanyl</i> <i>Sublimaze</i>	Abbott DBL Janssen	00717142 01988778 00751251
FENTANYL (CITRATE DE) 					
28:08.92 DIVERS					
ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE) 	Co.	300 mg à 325 mg-30 mg	<i>Acet codéine 30</i> <i>Rounox et Codéine 30</i> <i>Ermtec-30</i> <i>Triatec-30</i>	Phmscience Rougier Technilab Trianon	01999648 00477664 00608882 00789828
	Co.	300 mg à 325 mg-60 mg	<i>Emplacet-60</i> <i>Acet codéine 60</i> <i>Lenoltec No 4</i>	B.W. Phmscience Technilab	00666149 01999656 00621463
	Elix.	160 mg-8 mg/5 mL	<i>Tylenol à la codéine</i> <i>pms-Acétaminophène</i> <i>avec Codéine</i>	McNeil Phmscience	00685143 00816027
28:12.04 BARBITURIQUES					
PHÉNOBARBITAL SODIQUE 	Sol. Inj.	120 mg/mL	<i>Phénobarbital</i>	Abbott	00497495
	Sol. Inj.	300 mg/mL	<i>Phénobarbital</i>	Abbott	00497487
28:24.08 BENZODIAZÉPINES					
TRIAZOLAM 	Co.	0,125 mg	<i>Gen-Triazolam</i>	Genpharm	01995227
	Co.	0,25 mg	<i>Gen-Triazolam</i>	Genpharm	01913506

4:00

antihistaminiques

4:04

antihistaminiques de première génération

4:04.12

dérivés de phénothiazine

4:08

antihistaminiques de seconde génération

4:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

4:00 ANTIHISTAMINIQUES

KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE) 	Co.	1 mg	Zaditen	Teva Can	00577308

4:04 ANTIHISTAMINIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

CYPROHEPTADINE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	4 mg	Jamp-Cyproheptadine pms-Cyproheptadine	Jamp Phmscience	02332248 00757713

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	Caps.	25 mg	pdp-Diphenhydramine	Pendopharm	00757683
	Co.	25 mg	Jamp-Diphenhydramine Nadryl 25	Jamp Riva	02257548 02239029
	Co.	50 mg	Allernix Extra Strength Jamp-Diphenhydramine pdp-Diphenhydramine	RougierX Jamp Pendopharm	02097575 02257556 00757691
	Elix.	12,5 mg/5 mL	Allernix Elixir Élixir de chlorhydrate de diphénhydramine	RougierX Jamp	00804193 02298503
	Sol. Inj.	50 mg/mL	Diphenhydramine Diphenhydramine (chlorhydrate de) Diphenist	Fresenius Sandoz Oméga	02369567 00596612 02219336

4:04.12 DÉRIVÉS DE PHÉNOTHAZINE

PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)	Sir.	10 mg/5 mL	pms-Prométhazine	Phmscience	00583979

TRIMÉPRAZINE (TARTRATE DE) 	Co.	2,5 mg	Panectyl	Erfa	01926306
	Co.	5 mg	Panectyl	Search Phm	01926292

4:08 ANTIHISTAMINIQUES DE SECONDE GÉNÉRATION

CÉTIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	10 mg	Apo-cetirizine	Apotex	02231603
			Cetirizine Extra Strength	Jamp	02517566
			Jamp-Cetirizine	Jamp	02451778
			Nat-Cetirizine	Natco	02496461
			Reactine	McNeil Co	02223554
			Soulagement des Allergies Extra Fort	Pendopharm	02315955

LORATADINE	Co.	10 mg	Apo-Loratadine	Apotex	02243880
			Claritin	Bayer	00782696
			Remède 24 heures contre les allergies	Jamp	02280159

8:00

anti-infectieux

8:08

anthelmintiques

8:12

antibactériens

8:12.02

aminosides

8:12.06

céphalosporines

8:12.07

bêta-lactamines diverses

8:12.12

macrolides

8:12.16

pénicillines

8:12.18

quinolones

8:12.20

sulfamides

8:12.24

tétracyclines

8:12.28

antibactériens, divers

8:14

antifongiques

8:14.04

allylamines

8:14.08

azoles

8:14.16

échinocandines

8:14.28

polyènes

8:16

antimycobactériens

8:16.04

antituberculeux

8:16.92

antimycobactériens, divers

8:18

antiviraux

8:18.04

adamantanes

8:18.08

antirétroviraux

8:00

8:18.20	interférons
8:18.24	anticorps monoclonaux
8:18.28	inhibiteurs de la neuraminidase
8:18.32	nucléosides et nucléotides
8:18.40	antiviraux du vhc
8:18.92	antiviraux, divers

8:30 antiprotozoaires

8:30.04	amoebicides
8:30.08	antipaludiques
8:30.92	antiprotozoaires, divers

8:36 anti-infectieux urinaires

8:92 anti-infectieux, divers

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:08 ANTHELMINTIQUES

MÉBENDAZOLE	Co.	100 mg	Vermox	Janss. Inc	00556734
PRAZIQUANTEL	Co.	600 mg	Biltricide	Bayer	02230897
PYRANTEL (PAMOATE DE)	Co.	125 mg	Jamp-Pyranтел Pamoate Riva-Pyranтел Pamoate	Jamp Riva	02380617 02535467
	Susp. Orale	50 mg/mL	Jamp-Pyranтел Pamoate Suspension	Jamp	02412470

8:12.02 AMINOSIDES

AMIKACINE (SULFATE D')	Sol. Inj.	250 mg/mL (2 mL)	Amikacin Sulfate Injection Amikacine (Sulfate d') Sulfate d'Amikacine Injection Sulfate d'amikacine pour injection VPI-Amikacin	Marcan Sandoz Oméga Jamp VPI	02481073 02242971 02486717 02529459 02506599
	Sol. Inj.	40 mg/mL	Gentamicine Injection Injection de Gentamicine	Sandoz Hikma	02242652 02457008
	Sol. Perf. I.V.	1,2 mg-9 mg/mL	Garamycine	Baxter	00828440
	Sol. Perf. I.V.	1,6 mg-9 mg/mL	Garamycine	Baxter	00832812
	Pd. Inj.	1 g	Streptomycin	Sterimax	02243660
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	Pd. pour Inh.	28 mg	Tobi Podhaler	BGP Pharma	02365154
	Sol. Inj.	10 mg/mL	Tobramycine (sulfate de)	Sandoz	02241209
	Sol. Inj.	40 mg/mL	Tobramycin Tobramycine (sans préservatif) Tobramycine (sulfate de) Tobramycine Injectable Tobramycine pour injection	Fresenius Sandoz Sandoz Sterimax Jamp	02230640 99005069 02241210 02502372 02533103
	Sol. pour Inh.	300 mg/5 mL	Teva-Tobramycin Tobi	Teva Can BGP Pharma	02389622 02239630

8:12.06 CÉPHALOSPORINES

CÉFADROXIL (MONOHYDRATE DE)	Caps.	500 mg	Apo-Cefadroxil JAMP Cefadroxil Teva-Cefadroxil	Apotex Jamp Teva Can	02240774 02544792 02235134
CÉFAZOLINE SODIQUE	Pd. Inj.	1 g	Céfazoline Céfazoline pour injection Céfazoline pour injection Céfazoline pour injection Céfazoline sodique pour injection	Teva Can Fresenius Hikma Sandoz Sterimax	02108127 02237138 02437112 02308959 02465469
	Pd. Inj.	2 g	Céfazoline pour injection	Sterimax	02524791
	Pd. Inj.	10 g	Céfazoline pour injection Céfazoline pour injection Céfazoline pour injection Céfazoline sodique pour injection	Fresenius Hikma Sandoz Sterimax	02237140 02437120 02308967 02465477
	Pd. Inj.	100 g	Céfazoline pour injection	Fresenius	02401029

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.06 CÉPHALOSPORINES (suite)

	Pd. Inj.	500 mg	<i>Cefazoline pour injection</i> <i>Céfazoline pour injection</i>	Hikma Sandoz	02437104 02308932
CÉFÉPIME (CHLORHYDRATE DE) 	Pd. Inj.	2 g	<i>Apo-Cefepime</i>	Apotex	02467518
CEFIXIME 	Co.	400 mg	<i>Auro-Cefixime</i> <i>Suprax</i>	AuroPharma Odan	02432773 00868981
	Susp. Orale	100 mg/5 mL	<i>Auro-Cefixime</i> <i>Suprax</i>	AuroPharma Odan	02468689 00868965
CÉFOTAXIME SODIQUE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	02434091
	Pd. Inj.	2 g	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	02434105
CEFPROZIL 	Co.	250 mg	<i>Taro-Cefprozil</i>	Sun Pharma	02293528
	Co.	500 mg	<i>Auro-Cefprozil</i> <i>Taro-Cefprozil</i>	AuroPharma Sun Pharma	02347253 02293536
	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Auro-Cefprozil</i> <i>Taro-Cefprozil</i>	AuroPharma Sun Pharma	02347261 02329204
	Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>Auro-Cefprozil</i> <i>Taro-Cefprozil</i>	AuroPharma Sun Pharma	02347288 02293579
CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE) 	Pd. Inj.	1 g	<i>Ceftazidime pour injection</i> <i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Fresenius Sterimax	00886971 02437848
	Pd. Inj.	2 g	<i>Ceftazidime pour injection</i> <i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Fresenius Sterimax	00886955 02437856
	Pd. Inj.	6 g	<i>Ceftazidime pour injection</i> <i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Fresenius Sterimax	00886963 02437864
CEFTOBIPROLE 	 Pd. Perf. I.V.	500 mg	<i>Zevtera</i>	Avir	02446685
CEFTOLOZANE (SULFATE DE)/TAZOBACTAM  SODIQUE 	Pd. Inj. I.V.	1 g - 0,5 g	<i>Zerbaxa</i>	Merck	02446901
CEFTRIAXONE SODIQUE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Ceftriaxone</i> <i>Ceftriaxone pour injection</i>	Sterimax Sandoz	02325616 02292270
	Pd. Inj.	2 g	<i>Ceftriaxone</i> <i>Ceftriaxone pour injection</i>	Sterimax Sandoz	02325624 02292289
	Pd. Inj.	10 g	<i>Ceftriaxone</i> <i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Sterimax Sandoz	02325632 02292297
	Pd. Inj.	100 g	<i>Ceftriaxone pour injection, USP</i>	Fresenius	02409968
	Pd. Inj.	250 mg	<i>Ceftriaxone sodique pour injection BP</i>	Sterimax	02325594
CÉFUROXIME AXETIL 	Co.	250 mg	<i>Apo-Cefuroxime</i> <i>Auro-Cefuroxime</i> <i>JAMP Cefuroxime</i>	Apotex AuroPharma Jamp	02244393 02344823 02547198
	Co.	500 mg	<i>Apo-Cefuroxime</i> <i>Auro-Cefuroxime</i> <i>JAMP Cefuroxime</i>	Apotex AuroPharma Jamp	02244394 02344831 02547201

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.06 CÉPHALOSPORINES (suite)

	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Ceftin</i>	Sandoz	02212307
CÉFUROXIME SODIQUE 	Pd. Inj.	1,5 g	<i>Céfuroxime pour injection</i> <i>Céfuroxime pour injection</i> <i>USP</i>	Fresenius Hikma	02241639 02422301
	Pd. Inj.	7,5 g	<i>Céfuroxime pour injection</i> <i>USP</i>	Hikma	02422328
	Pd. Inj.	750 mg	<i>Céfuroxime pour injection</i> <i>Céfuroxime pour injection</i> <i>USP</i>	Fresenius Hikma	02241638 02422298
CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE) 	Caps.	250 mg	<i>Novo-Lexin</i>	Novopharm	00342084
	Caps.	500 mg	<i>Novo-Lexin</i>	Novopharm	00342114
	Co.	250 mg	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	00768723
			<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	02470578
			<i>Cephalexin</i>	Sanis	02521253
			<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	02494698
			<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	02471140
			<i>Teva-Cephalexin</i>	Teva Can	00583413
	Co.	500 mg	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	00768715
			<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	02470586
			<i>Cephalexin</i>	Sanis	02521261
			<i>Cephalexin</i>	Sivem	02495651
			<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	02494701
			<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	02471159
			<i>Teva-Cephalexin</i>	Teva Can	00583421
	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	02497743
			<i>Jamp Cephalexin Suspension</i>	Jamp	02528436
			<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	02469170
	Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>Teva-Lexin 125</i>	Lupin Teva Can	02471159 00342106
			<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	02497751
			<i>Jamp Cephalexin Suspension</i>	Jamp	02528444
			<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	02469189
			<i>Teva-Lexin 250</i>	Teva Can	00342092

8:12.07 BÊTA-LACTAMINES DIVERSES

AZTRÉONAM 	 Sol. pour Inh.	75 mg	<i>Cayston</i>	Gilead	02329840
CÉFOXITINE SODIQUE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Cefoxitine</i>	Teva Can	02128187
	Pd. Inj.	2 g	<i>Cefoxitine</i>	Teva Can	02128195
ERTAPÉNEM SODIQUE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Ertapénem pour injection</i>	AuroPharma	02492148
			<i>Ertapénem pour injection</i>	Dr Reddy's	02511150
			<i>Ertapénem pour injection</i>	Fresenius	02496127
			<i>Ertapénem pour injection</i>	Juno	02490773
			<i>Invanz</i>	Merck	02247437
IMIPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE 	Pd. Inj. I.V.	250 mg -250 mg	<i>Taro-Imipenem-Cilastatin</i>	Sun Pharma	02351692
	Pd. Inj. I.V.	500 mg -500 mg	<i>Taro-Imipenem-Cilastatin</i>	Sun Pharma	02351706

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.07 BÉTA-LACTAMINES DIVERSES (suite)

MEROPENEM	Pd. Inj.	1 g	<i>Meropenem</i>	Sandoz	02378795
			<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	02462893
			<i>Meropenem pour Injection</i>	Sterimax	02493349
			<i>Méropénem pour injection</i>	Jamp	02536374
			<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	02415224
			<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	02421526
	Pd. Inj.	500 mg	<i>Meropenem</i>	Sandoz	02378787
			<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	02462885
			<i>Méropénem pour injection</i>	Sterimax	02493330
			<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	02415216
			<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	02421518

8:12.12 MACROLIDES

AZITHROMYCINE	Co.	250 mg	<i>AG-Azithromycin</i>	Angita	02480700
			<i>Apo-Azithromycin Z</i>	Apotex	02415542
			<i>Azithromycin</i>	Sanis	02330881
			<i>Azithromycin</i>	Sivem	02442434
			<i>Jamp-Azithromycin</i>	Jamp	02452308
			<i>Mar-Azithromycin</i>	Marcan	02452324
			<i>M-Azithromycin</i>	Mantra Ph.	02502038
			<i>NRA-Azithromycin</i>	Nora	02479680
			<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	02261634
			<i>Riva-Azithromycin</i>	Riva	02275309
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02265826
	Co.	600 mg	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	02261642
	Pd. Perf. I.V.	500 mg	<i>Azithromycine pour injection</i>	AuroPharma	02465604
			<i>Azithromycine pour injection</i>	Jamp	02523825
			<i>Azithromycine pour injection</i>	Sterimax	02483890
	Susp. Orale	100 mg/5 mL	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	02482363
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02332388
	Susp. Orale	200 mg/5 mL	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	02482371
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02332396
CLARITHROMYCINE	Co.	250 mg	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	02274744
			<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	01984853
			<i>Clarithromycin</i>	Sanis	02466120
			<i>Clarithromycin</i>	Sivem	02442469
			<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	02471388
			<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	02266539
			<i>Taro-Clarithromycin</i>	Sun Pharma	02361426
	Co.	500 mg	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	02274752
			<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	02126710
			<i>Clarithromycin</i>	Sanis	02466139
			<i>Clarithromycin</i>	Sivem	02442485
			<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	02471396
			<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	02266547
			<i>Taro-Clarithromycin</i>	Sun Pharma	02361434
	Co. L.A.	500 mg	<i>ACT Clarithromycin XL</i>	Teva Can	02403196
			<i>Apo-Clarithromycin XL</i>	Apotex	02413345
	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	02146908
			<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	02390442
	Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	02244641
			<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	02390450

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.12 MACROLIDES (suite)

FIDAXOMICINE 	 Co.	200 mg	<i>Dificid</i>	Merck	02387174

8:12.16 PÉNICILLINES

AMOXICILLINE 	Caps.	250 mg	<i>Amoxicillin Capsules</i> <i>Apo-Amoxi</i> <i>Auro-Amoxicillin</i> <i>Jamp-Amoxicillin</i> <i>Novamoxin</i> <i>PRZ-Amoxicillin</i>	Sanis Apotex AuroPharma Jamp Teva Can Pharmaris	02525348 00628115 02388073 02433060 00406724 02532042
	Caps.	500 mg	<i>AG-Amoxicillin</i> <i>Amoxicillin</i> <i>Amoxicillin Capsules</i> <i>Apo-Amoxi</i> <i>Auro-Amoxicillin</i> <i>Jamp-Amoxicillin</i> <i>Novamoxin</i> <i>Pro-Amox-500</i> <i>PRZ-Amoxicillin</i>	Angita Sivem Sanis Apotex AuroPharma Jamp Teva Can Pro Doc Pharmaris	02477726 02401509 02525356 00628123 02388081 02433079 00406716 00644315 02532050
	Co. Croq.	250 mg	<i>Teva-Amoxicillin</i>	Teva Can	02036355
	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Apo-Amoxi</i> <i>Auro-Amoxicillin</i> <i>Jamp-Amoxicillin</i>	Apotex AuroPharma Jamp	00628131 02458586 02535793
	Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>AG-Amoxicillin</i> <i>Amoxicillin</i> <i>Amoxicillin</i> <i>Amoxicillin</i> <i>Apo-Amoxi</i> <i>Auro-Amoxicillin</i> <i>Jamp-Amoxicillin</i> <i>Novamoxin</i> <i>Novamoxin 250</i> <i>Pro-Amox-250</i> <i>Sandoz Amoxicillin</i>	Angita Sanis Sanis Sivem Apotex AuroPharma Jamp Teva Can Teva Can Pro Doc Sandoz	02537451 02352753 02352788 02401541 00628158 02458594 02535815 01934163 00452130 00644331 02495864
AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM 	Co.	250 mg -125 mg	<i>Apo-Amoxi Clav</i> <i>Auro-Amoxiclav</i> <i>Jamp Amoxi Clav</i>	Apotex AuroPharma Jamp	02243350 02471671 02508249
	Co.	500 mg -125 mg	<i>AG-Amoxi Clav</i> <i>Amoxicillin/Clav</i> <i>Apo-Amoxi Clav</i> <i>Auro-Amoxiclav</i> <i>Jamp Amoxi Clav</i> <i>Sandoz Amoxi-Clav</i>	Angita Sanis Apotex AuroPharma Jamp Sandoz	02510634 02536021 02243351 02471698 02508257 02482576
	Co.	875 mg -125 mg	<i>AG-Amoxi Clav</i> <i>Amoxicillin/Clav</i> <i>Apo-Amoxi Clav</i> <i>Auro-Amoxiclav</i> <i>Jamp Amoxi Clav</i> <i>Sandoz Amoxi-Clav</i>	Angita Sanis Apotex AuroPharma Jamp Sandoz	02510642 02536048 02245623 02471701 02508265 02482584
	Pd. Perf. I.V.	500 mg - 100 mg	<i>Amoxicilline sodique et clavulanate de potassium pour inj.</i>	Sandoz	02495910
	Pd. Perf. I.V.	1000 mg -200 mg	<i>Amoxicilline sodique et clavulanate de potassium pour inj.</i>	Sandoz	02495929
	Pd. Perf. I.V.	2000 mg -200 mg	<i>Amoxicilline sodique et clavulanate de potassium pour inj.</i>	Sandoz	02495937
	Susp. Orale	125 mg -31,25 mg/5 mL	<i>Clavulin-125 F</i>	GSK	01916882

	FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE
	Susp. Orale	200 mg -28,5 mg/5 mL	<i>Clavulin-200 JAMP Amoxi Clav Sus- pension</i>	GSK Jamp	02238831 02539411
	Susp. Orale	250 mg -62,5 mg/5 mL	<i>Clavulin-250 F JAMP Amoxi Clav Sus- pension M-Amoxi Clav</i>	GSK Jamp Mantra Ph.	01916874 02539438 02542226
	Susp. Orale	400 mg -57 mg/5 mL	<i>Clavulin-400 JAMP Amoxi Clav Sus- pension M-Amoxi Clav</i>	GSK Jamp Mantra Ph.	02238830 02539446 02530694
AMPICILLINE 	Caps.	250 mg	<i>Teva-Ampicillin</i>	Teva Can	00020877
	Caps.	500 mg	<i>Teva-Ampicillin</i>	Teva Can	00020885
AMPICILLINE SODIQUE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Ampicilline pour injection Ampicilline Sodique Ampicilline sodique pour injection</i>	Fresenius Novopharm AuroPharma	02227002 01933345 02462338
	Pd. Inj.	2 g	<i>Ampicillin pour Injection Ampicilline Sodique Ampicilline sodique pour injection</i>	Fresenius Teva Can AuroPharma	02226995 01933353 02462346
	Pd. Inj.	250 mg	<i>Ampicilline pour injection Ampicilline Sodique Ampicilline sodique pour injection</i>	Fresenius Novopharm AuroPharma	02227029 00872644 02462303
	Pd. Inj.	500 mg	<i>Ampicilline pour injection Ampicilline Sodique Ampicilline sodique pour injection</i>	Fresenius Novopharm AuroPharma	02227010 00872652 02462311
CLOXACILLINE SODIQUE 	Caps.	250 mg	<i>JAMP Cloxacillin Teva-Cloxacillin</i>	Jamp Teva Can	02510731 00337765
	Caps.	500 mg	<i>JAMP Cloxacillin Teva-Cloxacillin</i>	Jamp Teva Can	02510758 00337773
	Pd. Inj.	2 g	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	02367424
	Pd. Inj.	10 g	<i>Cloxacilline pour injection</i>	Sterimax	02400081
	Pd. Inj.	500 mg	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	02367408
	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Teva-Cloxacillin Solution</i>	Teva Can	00337757
PÉNICILLINE G (BENZATHINE) 	Susp. Inj. I.M.	1 200 000 UI / 2 mL	<i>Bicillin L-A</i>	Pfizer	02291924
PÉNICILLINE G SODIQUE 	Pd. Inj.	1 000 000 U	<i>Pénicilline G sodique pour injection</i>	Fresenius	02220261
	Pd. Inj.	5 000 000 U	<i>Pénicilline G sodique pour injection</i>	Fresenius	02220288
	Pd. Inj.	10 000 000 U	<i>Pénicilline G sodique pour injection</i>	Fresenius	02220296
PHÉNOXYMÉTHYLPÉNICILLINE (BASE OU SEL POTASSIQUE) 	Co.	250 mg à 300 mg	<i>Pen-VK</i>	AA Pharma	00642215

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE
PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE 	Pd. Perf. I.V.	2g -0,25g	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax 02362619
			<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	AuroPharma 02402068
			<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	EUGIA Ph 02528673
			<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz 02299623
	Pd. Perf. I.V.	3g -0,375g	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax 02362627
			<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	AuroPharma 02402076
			<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	EUGIA Ph 02528703
			<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz 02299631
	Pd. Perf. I.V.	4g -0,5g	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax 02362635
			<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	AuroPharma 02402084
			<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	EUGIA Ph 02528711
			<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz 02299658
	Pd. Perf. I.V.	12g -1,5g	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax 02377748
			<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz 02330547
	Pd. Perf. I.V.	36g -4,5g	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sandoz 02521539
			<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax 02439131

8:12.18 QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.	250 mg	<i>ACT Ciprofloxacine</i>	Teva Can	02247339
		<i>Auro-Ciprofloxacine</i>	AuroPharma	02381907
		<i>Ciprofloxacine</i>	Sanis	02353318
		<i>Ciprofloxacine</i>	Sivem	02386119
		<i>Jamp-Ciprofloxacine</i>	Jamp	02380358
		<i>pms-Ciprofloxacine</i>	Phmscience	02248437
		<i>Sandoz Ciprofloxacine</i>	Sandoz	02248756
		<i>Taro-Ciprofloxacine</i>	Sun Pharma	02303728
	500 mg	<i>ACT Ciprofloxacine</i>	Teva Can	02247340
		<i>AG-Ciprofloxacine</i>	Angita	02476592
		<i>Auro-Ciprofloxacine</i>	AuroPharma	02381923
		<i>Bio-Ciprofloxacine</i>	Biomed	02444887
		<i>Ciprofloxacine</i>	Sanis	02353326
		<i>Ciprofloxacine</i>	Sivem	02386127
		<i>Jamp-Ciprofloxacine</i>	Jamp	02380366
		<i>Mint-Ciprofloxacine</i>	Mint	02423561
		<i>NRA-Ciprofloxacine</i>	Nora	02492008
		<i>pms-Ciprofloxacine</i>	Phmscience	02248438
Co.	750 mg	<i>Riva-Ciprofloxacine</i>	Riva	02251248
		<i>Sandoz Ciprofloxacine</i>	Sandoz	02248757
		<i>Taro-Ciprofloxacine</i>	Sun Pharma	02303736
		<i>ACT Ciprofloxacine</i>	Teva Can	02247341
		<i>Jamp-Ciprofloxacine</i>	Jamp	02380374
Co.	L.A.	<i>pms-Ciprofloxacine</i>	Phmscience	02248439
		<i>Sandoz Ciprofloxacine</i>	Sandoz	02248758
		<i>Taro-Ciprofloxacine</i>	Sun Pharma	02303744
Co. L.A.	500 mg	<i>pms-Ciprofloxacine XL</i>	Phmscience	02416433

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.18 QUINOLONES (suite)

	Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL	<i>Ciprofloxacin pour perfusion intraveineuse</i>	Sandoz	02304759
	Susp. Orale	500 mg/5 mL	<i>Cipro</i>	Bayer	02237514
LÉVOFLOXACINE 	Co.	250 mg	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	02284707
			<i>JAMP Levofloxacin</i>	Jamp	02508443
			<i>Mint-Levofloxacin</i>	Mint	02505797
			<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	02492725
			<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	02298635
	Co.	500 mg	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	02284715
			<i>JAMP Levofloxacin</i>	Jamp	02508451
			<i>Mint-Levofloxacin</i>	Mint	02505819
			<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	02492733
			<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	02298643
	Co.	750 mg	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	02325942
			<i>JAMP Levofloxacin</i>	Jamp	02508478
			<i>Mint-Levofloxacin</i>	Mint	02505800
			<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	02492741
			<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	02298651
	Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL	<i>Levofloxacin</i>	Pfizer	02314932
	 Sol. pour Inh.	100 mg/mL (2,4 mL)	<i>Quinsair</i>	Amgen	02442302
MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	400 mg	<i>AG-Moxifloxacin</i>	Angita	02478137
			<i>Auro-Moxifloxacin</i>	AuroPharma	02432242
			<i>Jamp-Moxifloxacin</i>	Jamp	02443929
			<i>Jamp-Moxifloxacin Tablets</i>	Jamp	02447061
			<i>Mar-Moxifloxacin</i>	Marcan	02447053
			<i>M-Moxifloxacin</i>	Mantra Ph.	02472791
			<i>Moxifloxacin</i>	Sanis	02520710
			<i>Sandoz Moxifloxacin</i>	Sandoz	02383381
			<i>Teva-Moxifloxacin</i>	Teva Can	02375702
	Sol. Perf. I.V.	400 mg/250 mL	<i>Moxifloxacin Injectable</i>	Fresenius	02433087
NORFLOXACINE 	Co.	400 mg	<i>Norflox</i>	AA Pharma	02229524

8:12.20 SULFAMIDES

SULFASALAZINE 	Co.	500 mg	<i>JAMP Sulfasalazine pms-Sulfasalazine</i>	Jamp Phmscience	02544652 00598461
	Co. Ent.	500 mg	<i>pms-Sulfasalazine-E. C.</i>	Phmscience	00598488
TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOXAZOLE 	Co.	20 mg -100 mg	<i>Sulfatrim-PED</i>	AA Pharma	00445266
	Co.	80 mg -400 mg	<i>Sulfatrim</i>	AA Pharma	00445274
	Co.	160 mg -800 mg	<i>Sulfatrim-DS</i>	AA Pharma	00445282
	Sol. Perf. I.V.	16 mg -80 mg/mL	<i>Sepra</i>	Aspen	00550086

8:12.24 TÉTRACYCLINES

DOXYCYCLINE (HYCLATE DE) 	Caps.	100 mg	<i>Apo-Doxy</i>	Apotex	00740713
			<i>Doxycycline (Caps.)</i>	Sanis	02351234
			<i>Jamp Doxycycline Capsules</i>	Jamp	02528940
			<i>Teva-Doxycycline</i>	Teva Can	00725250

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.24 TÉTRACYCLINES (suite)

	Co.	100 mg	AG-Doxycycline Apo-Doxy-Tabs Doxycin (co.) Doxycycline (Co.) Doxytab JAMP Doxycycline Tab-lets M-Doxycycline NRA-Doxycycline PRZ-Doxycycline Teva-Doxycycline (Co.)	Angita Apotex Riva Sanis Pro Doc Jamp Mantra Ph. Nora Pharmaris Teva Can	02556928 00874256 00860751 02351242 00887064 02554372 02543478 02558505 02536250 02158574
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	50 mg	Minocycline	AA Pharma	02084090
	Caps.	100 mg	Minocycline	AA Pharma	02084104
TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	250 mg	Tetracycline	AA Pharma	00580929
TIGÉCYCLINE 	 Pd. Perf. I.V.	50 mg	Tigecycline Tygacil	Apotex Pfizer	02409356 02285401

8:12.28 ANTIBACTÉRIENS, DIVERS

BACITRACINE	Pd. Inj./Top.	50 000 U	Baciject	Sterimax	02245571
CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	150 mg	AG-Clindamycin Auro-Clindamycin Clindamycin Jamp-Clindamycin M-Clindamycin Med-Clindamycin NRA-Clindamycin Riva-Clindamycin Teva-Clindamycin	Angita AuroPharma Sanis Jamp Mantra Ph. GMP Nora Riva Teva Can	02485109 02436906 02400529 02483734 02479923 02462656 02493748 02468476 02241709
	Caps.	300 mg	AG-Clindamycin Auro-Clindamycin Clindamycin Jamp-Clindamycin M-Clindamycin Med-Clindamycin NRA-Clindamycin Riva-Clindamycin Teva-Clindamycin	Angita AuroPharma Sanis Jamp Mantra Ph. GMP Nora Riva Teva Can	02485117 02436914 02400537 02483742 02479931 02462664 02493756 02468484 02241710
CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 	Sol. Inj.	150 mg/mL	Clindamycine Injection Dalacin C	Sandoz Pfizer	02230540 00260436
CLINDAMYCINE PALMITATE (CHLORHYDRATE DE) 	Susp. Orale	75 mg/5 mL	Dalacin C	Pfizer	00225851
COLISTIMÉTHATE SODIQUE 	Pd. Inj.	150 mg	Colistimethate	Sterimax	02244849
			Colistiméthate pour injection	Marcan	02546639
			Colistiméthate pour injection, USP	Fresenius	02403544
			Coly-Mycin M Parentéral	Search Phm	00476420
DALBAVANCINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Pd. Perf. I.V.	500 mg	Xydalba	Paladin	02480522
LINEZOLIDE 	 Co.	600 mg	Apo-Linezolid Jamp Linezolid Sandoz Linezolid	Apotex Jamp Sandoz	02426552 02520354 02422689
	 Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL (300 mL)	Linezolid Injection Zyvoxam	Jamp Pfizer	02481278 02243685

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.28 ANTIBACTÉRIENS, DIVERS (suite)

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	125 mg	Jamp-Vancomycin pms-Vancomycin Vancocin	Jamp Phmscience Search Phm	02407744 02406497 00800430
	Caps.	250 mg	Jamp-Vancomycin pms-Vancomycin Vancocin	Jamp Phmscience Search Phm	02407752 02406500 00788716
Pd. Perf. I.V.	1 g		Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Fresenius	02139383
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Hikma	02543982
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Jamp	02502607
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Marcan	02406543
			Chlorhydrate de Vanco- mycine pour injection USP	Sandoz	02394634
			Vancomycin pour injection USP	Sterimax	02342863
Pd. Perf. I.V.	5 g		Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Fresenius	02139243
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Marcan	02406551
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Sterimax	02405822
			Jamp-Vancomycin Vancomycine	Jamp Sandoz	02420317 02394642
Pd. Perf. I.V.	10 g		Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Fresenius	02241807
			Jamp-Vancomycin Vancomycin pour injection USP	Jamp Sterimax	02420325 02405830
Pd. Perf. I.V.	500 mg		Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Fresenius	02139375
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Hikma	02543974
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Jamp	02502593
			Chlorhydrate de vancomy- cine pour injection	Marcan	02406535
			Chlorhydrate de Vanco- mycine pour injection USP	Sandoz	02394626
			Vancomycin pour injection USP	Sterimax	02342855

8:14.04 ALLYLAMINES

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	250 mg	Apo-Terbinafine Auro-Terbinafine pms-Terbinafine Terbinafine Terbinafine	Apotex AuroPharma Phmscience Sanis Sivem	02239893 02320134 02294273 02353121 02385279

8:14.08 AZOLES

FLUCONAZOLE	Caps.	150 mg	Apo-Fluconazole-150 Bio-Fluconazole Diflucan-150 Fluconazole-150 JAMP Fluconazole 150 Jamp-Fluconazole Mar-Fluconazole-150 M-Fluconazole-150 NRA-Fluconazole Riva-Fluconazole	Apotex Biomed Pfizer Sanis Jamp Jamp Marcan Mantra Ph. Nora Riva	02241895 02462168 02141442 02521229 02547864 02432471 02428792 02553406 02433702 02255510

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:14.08 AZOLES (suite)

FLUCONAZOLE 	Co.	50 mg	<i>Apo-Fluconazole</i> <i>Fluconazole</i> <i>Fluconazole</i> <i>Mylan-Fluconazole</i> <i>pms-Fluconazole</i>	Apotex Sanis Sivem Mylan Phmscience	02237370 02517396 02534886 02245292 02245643
	Co.	100 mg	<i>Apo-Fluconazole</i> <i>Fluconazole</i> <i>Fluconazole</i> <i>Mylan-Fluconazole</i> <i>pms-Fluconazole</i>	Apotex Sanis Sivem Mylan Phmscience	02237371 02517418 02534894 02245293 02245644
	Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL	<i>Diflucan</i> <i>Fluconazole</i>	Pfizer Sandoz	00891835 02388448
	 Susp. Orale	50 mg/5 mL	<i>Diflucan</i>	Pfizer	02024152
ISAVUCONAZOLE 	 Caps.	100 mg	<i>Cresemba</i>	Avir	02483971
	 Pd. Perf. I.V.	200 mg	<i>Cresemba</i>	Avir	02483998
ITRACONAZOLE 	Caps.	100 mg	<i>Mint-Itraconazole</i> <i>Sporanox</i>	Mint Janss. Inc	02462559 02047454
	Sol. Orale	10 mg/mL	<i>Jamp Itraconazole</i> <i>Odan Itraconazole</i>	Jamp Odan	02484315 02495988
KÉTOCONAZOLE 	Co.	200 mg	<i>Apo-Ketoconazole</i> <i>Teva-Ketoconazole</i>	Apotex Teva Can	02237235 02231061
POSACONAZOLE 	 Co. L.A.	100 mg	<i>GLN-Posaconazole</i> <i>Sandoz Posaconazole</i>	Glenmark Sandoz	02542021 02496259
	 Susp. Orale	40 mg/mL	<i>JAMP Posaconazole</i> <i>Posanol</i>	Jamp Merck	02530333 02293404
POSACONAZOLE (MINT ET TARO) 	 Co. L.A.	100 mg	<i>Mint-Posaconazole</i> <i>Taro-Posaconazole</i>	Mint Taro	02544644 02543311
VORICONAZOLE 	 Co.	50 mg	<i>Jamp Voriconazole</i> <i>Sandoz Voriconazole</i> <i>Vfend</i>	Jamp Sandoz Pfizer	02525771 02399245 02256460
	 Co.	200 mg	<i>Jamp Voriconazole</i> <i>Sandoz Voriconazole</i> <i>Vfend</i>	Jamp Sandoz Pfizer	02525798 02399253 02256479
	 Pd. Perf. I.V.	200 mg	<i>Vfend</i> <i>Voriconazole pour injection</i>	Pfizer Jamp	02256487 02477696
			<i>Voriconazole pour injection</i>	Sandoz	02381966

8:14.16 ÉCHINOCANDINES

CASPOFONGINE (ACÉTATE DE) 	 Pd. Inj. I.V.	50 mg	<i>Cancidas</i> <i>Caspofongine pour injection</i> <i>Caspofongine pour injection</i>	Merck Fresenius Juno	02244265 02486989 02460947
	 Pd. Inj. I.V.	70 mg	<i>Cancidas</i> <i>Caspofongine pour injection</i> <i>Caspofongine pour injection</i>	Merck Fresenius Juno	02244266 02486997 02460955

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:14.16 ÉCHINOCANDINES (suite)

MICA FUNGINE SODIQUE 		Pd. Perf. I.V.	50 mg	Micafungine Sodique pour Injection	Hikma	02532344
				Micafungine Sodique pour Injection	Juno	02524953
		Pd. Perf. I.V.	100 mg	Micafungine Sodique pour Injection	Hikma	02532360
				Micafungine Sodique pour Injection	Juno	02524961

8:14.28 POLYÈNES

AMPHOTÉRICINE B 		Pd. Perf. I.V.	50 mg	Fungizone	Cheplaphar	00029149
NYSTATINE 		Susp. Orale	100 000 U/mL	Jamp-Nystatin pms-Nystatin Teva-Nystatin	Jamp Phmscience Teva Can	02433443 00792667 02194201

8:16.04 ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D') 	Co.	100 mg	Etibi	Bausch H.	00247960
	Co.	400 mg	Etibi	Bausch H.	00247979
ISONIAZIDE 	Co.	100 mg	pdp-Isoniazid	Pendopharm	00577790
	Co.	300 mg	pdp-Isoniazid	Pendopharm	00577804
	Sir.	50 mg/5 mL	pdp-Isoniazid	Pendopharm	00577812
PYRAZINAMIDE 	Co.	500 mg	PDP-Pyrazinamide	Pendopharm	00618810
RIFABUTINE 	Caps.	150 mg	Mycobutin	Pfizer	02063786
RIFAMPINE 	Caps.	150 mg	Rofact 150	Bausch H.	00393444
	Caps.	300 mg	Rofact 300	Bausch H.	00343617

8:16.92 ANTIMYCOBACTÉRIENS, DIVERS

DAPSONE 	Co.	100 mg	Mar-Dapsone	Marcan	02481227

8:18.04 ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D') 	Caps.	100 mg	PDP-Amantadine	Pendopharm	01990403
	Sir.	50 mg/5 mL	Odan-Amantadine Sirop PDP-Amantadine	Odan Pendopharm	02538601 02022826

8:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX

ABACAVIR (SULFATE D') 	Co.	300 mg	Apo-Abacavir Mint-Abacavir	Apotex Mint	02396769 02480956
	Sol. Orale	20 mg/mL	Ziagen	ViiV	02240358

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX (suite)

ABACAVIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE 	Co.	600 mg - 300 mg	Apo-Abacavir-Lamivudine	Apotex	02399539
			Auro-Abacavir/Lamivudine	AuroPharma	02454513
			Jamp Abacavir/Lamivudine	Jamp	02497654
			Kivexa	ViiV	02269341
			Mylan-Abacavir/Lamivudine	Mylan	02450682
ATAZANAVIR (SULFATE D') 	Caps.	150 mg	pms-Abacavir-Lamivudine	Phmscience	02458381
			Teva-Abacavir/Lamivudine	Teva Can	02416662
			Jamp Atazanavir	Jamp	02513102
			Mylan-Atazanavir	Mylan	02456877
			Teva-Atazanavir	Teva Can	02443791
ATAZANAVIR (SULFATE D') 	Caps.	200 mg	Jamp Atazanavir	Jamp	02513110
			Mylan-Atazanavir	Mylan	02456885
			Reyataz	B.M.S.	02248611
			Teva-Atazanavir	Teva Can	02443813
			Jamp Atazanavir	Jamp	02513129
ATAZANAVIR (SULFATE D') 	Caps.	300 mg	Mylan-Atazanavir	Mylan	02456893
			Reyataz	B.M.S.	02294176
			Teva-Atazanavir	Teva Can	02443821
			Jamp Atazanavir	Jamp	02513129
			Mylan-Atazanavir	Mylan	02456893
BICTÉGRAVIR SODIQUE/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 	Co.	50 mg - 200 mg - 25 mg	Biktarvy	Gilead	02478579
CABOTÉGRAVIR SODIQUE 	Co.	30 mg	Apretude	ViiV	02547465
			Vocabria	ViiV	02497204
CABOTÉGRAVIR SODIQUE 	Trousse	200 mg/mL (3 mL)	Apretude	ViiV	02547473
CABOTÉGRAVIR/RILPIVIRINE (EMBALLAGE COMBINÉ) 	Trousse	200 mg/mL - 300 mg/mL	Cabenuva	ViiV	02497220
			Cabenuva	ViiV	02497247
DARUNAVIR 	Co.	600 mg	Apo-Darunavir	Apotex	02487241
			Auro-Darunavir	AuroPharma	02486121
			Darunavir	Jamp	02521342
			M-Darunavir	Mantra Ph.	02522284
DARUNAVIR 	Co.	800 mg	Apo-Darunavir	Apotex	02487268
			Auro-Darunavir	AuroPharma	02486148
			Darunavir	Jamp	02521350
			M-Darunavir	Mantra Ph.	02522292
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE 	Co.	50 mg	pms-Dolutegravir	Phmscience	02556782
			Tivicay	ViiV	02414945
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE 	Co.	50 mg - 600 mg - 300 mg	Triumeq	ViiV	02430932
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/LAMIVUDINE 	Co.	50 mg-300 mg	Dovato	ViiV	02491753
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	50 mg - 25 mg	Juluca	ViiV	02475774
DORAVIRINE 	Co.	100 mg	Pifeltro	Merck	02481545
DORAVIRINE/LAMIVUDINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 	Co.	100 mg - 300 mg - 300 mg	Delstrigo	Merck	02482592
ÉFAVIRENZ 	Co.	600 mg	Auro-Efavirenz	AuroPharma	02418428
			Jamp-Efavirenz	Jamp	02458233
			Mylan-Efavirenz	Mylan	02381524

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX (suite)

ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 	Co.	600 mg - 200 mg - 300 mg	Apo-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	Apotex	02468247
			Auro-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	AuroPharma	02478404
			Jamp Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	Jamp	02519461
			Mylan-Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	Mylan	02461412
			pms-Efavirenz-Emtricitabine-Tenofovir	Phmscience	02487284
			Teva-Efavirenz/Emtricitabine/Tenofovir	Teva Can	02393549
ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 	Co.	150 mg - 150 mg - 200 mg - 10 mg	Genvoya	Gilead	02449498
ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 	Co.	150 mg - 150 mg - 200 mg - 300 mg	Stribild	Gilead	02397137
EMTRICITABINE/ RILPIVIRINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 	Co.	200 mg - 25 mg - 300 mg	Complera	Gilead	02374129
EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 	Co.	200mg- 300mg	AG-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil	Angita	02496356
			Apo-Emtricitabine-Tenofovir	Apotex	02452006
			Auro-Emtricitabine-Tenofovir	AuroPharma	02490684
			Jamp Emtricitabine/ Tenofovir Disoproxil Fumarate	Jamp	02487012
			Mint-Emtricitabine/Tenofovir	Mint	02521547
			Mylan-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil	Mylan	02443902
			pms-Emtricitabine-Tenofovir	Phmscience	02461110
			Teva-Emtricitabine/Tenofovir	Teva Can	02399059
			Truvada	Gilead	02274906
EMTRICITABINE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 	Co.	200 mg - 25 mg - 25 mg	Odefsey	Gilead	02461463
ÉTRAVIRINE 	 Co.	100 mg	Intelence	Janss. Inc	02306778
	 Co.	200 mg	Intelence	Janss. Inc	02375931
LAMIVUDINE 	Co.	100 mg	Apo-Lamivudine HBV Jamp Lamivudine HBV	Apotex Jamp	02393239 02512467
	Co.	150 mg	3TC Apo-Lamivudine Jamp Lamivudine	ViiV Apotex Jamp	02192683 02369052 02507110
	Co.	300 mg	3TC Apo-Lamivudine Jamp Lamivudine	ViiV Apotex Jamp	02247825 02369060 02507129
	Sol. Orale	10 mg/mL	3TC	ViiV	02192691

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:18.08 ANTIRÉTROVIRAUX (suite)

LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE 	Co.	150 mg -300mg	Apo-Lamivudine-Zidovudine	Apotex	02375540
			Auro-Lamivudine/Zidovudine	AuroPharma	02414414
			Jamp Lamivudine/Zidovudine	Jamp	02502801
LÉTERMOVIR 	 Co.	240 mg	Prevymis	Merck	02469375
	 Co.	480 mg	Prevymis	Merck	02469383
	 Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (12 mL)	Prevymis	Merck	02469367
LOPINAVIR/ RITONAVIR 	Co.	100 mg -25 mg	Kaletra	AbbVie	02312301
	Co.	200 mg -50 mg	Kaletra	AbbVie	02285533
	Sol. Orale	80 mg - 20 mg/mL	Kaletra	AbbVie	02243644
MARAVIROC 	 Co.	150 mg	Celsenti	ViiV	02299844
	 Co.	300 mg	Celsenti	ViiV	02299852
NÉVIRAPINE 	Co.	200 mg	Auro-Nevirapine Jamp-Névirapine Mylan-Nevirapine	AuroPharma Jamp Mylan	02318601 02405776 02387727
	Co.	400 mg	Isentress	Merck	02301881
	Co.	600 mg	Isentress HD	Merck	02465337
RILPIVIRINE 	Co.	25 mg	Edurant	Janss. Inc	02370603
RITONAVIR 	Co.	100 mg	Auro-Ritonavir Norvir	AuroPharma AbbVie	02523620 02357593
TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 	Co.	300 mg	AG-Tenofovir	Angita	02516276
			Apo-Tenofovir	Apotex	02451980
			Auro-Tenofovir	AuroPharma	02460173
			Jamp-Tenofovir	Jamp	02479087
			Mint-Tenofovir	Mint	02512939
			Mylan-Tenofovir Disoproxil	Mylan	02452634
			NAT-Tenofovir	Natco	02472511
			pms-Tenofovir	Phmscience	02453940
			Riva-Tenofovir	Riva	02515156
			Tenofovir	Sanis	02512327
			Tenofovir	Sivem	02523922
			Viread	Gilead	02247128
ZIDOVUDINE 	Caps.	100 mg	Apo-Zidovudine	Apotex	01946323
	Sir.	10 mg/mL	Retrovir	ViiV	01902652
	Sol. Inj.	10 mg/mL	Retrovir	ViiV	01902644

8:18.20 INTERFÉRONS

PEGINTERFÉRON ALFA-2A 	 Sol. Inj. S.C.	180 mcg/0,5 mL	Pegasys	Accelera	02248077

8:18.24 ANTICORPS MONOCLONAUX

BUROSUMAB 	 Sol. Inj. S.C.	10 mg/mL (1 mL)	Crysvita	Kyowa	02483629
	 Sol. Inj. S.C.	20 mg/mL (1 mL)	Crysvita	Kyowa	02483637

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:18.24 ANTICORPS MONOCLONAUX (suite)

	☞ Sol. Inj. S.C.	30 mg/mL (1 mL)	<i>Crysvita</i>	Kyowa	02483645
NIRSÉVIMAB 	☞ Sol. Inj. I.M. (ser)	50 mg/0,5 mL	<i>Beyfortus</i>	SanofiPast	02537206
	☞ Sol. Inj. I.M. (ser)	100 mg/1,0 mL	<i>Beyfortus</i>	SanofiPast	02537214

8:18.28 INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D') 	Caps.	30 mg	<i>Jamp Osetamivir</i>	Jamp	02497409
			<i>Mint-Osetamivir</i>	Mint	02497441
			<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	02472635
			<i>Osetamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	02504006
			<i>Tamiflu</i>	Roche	02304848
	Caps.	45 mg	<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	02472643
			<i>Osetamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	02504014
			<i>Tamiflu</i>	Roche	02304856
	Caps.	75 mg	<i>Jamp Osetamivir</i>	Jamp	02497425
			<i>Mint-Osetamivir</i>	Mint	02497476
			<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	02457989
			<i>Osetamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	02504022
			<i>Tamiflu</i>	Roche	02241472
	Susp. Orale	6 mg/mL	<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	02499894
			<i>Tamiflu</i>	Roche	02381842
ZANAMIVIR 	Pd. pour Inh. (App.)	5 mg/coque (4)	<i>Relenza</i>	GSK	02240863

8:18.32 NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES

ACYCLOVIR 	Co.	200 mg	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	02207621
			<i>Mint-Acyclovir</i>	Mint	02524708
			<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	02242784
	Co.	400 mg	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	02207648
			<i>Mint-Acyclovir</i>	Mint	02524716
			<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	02242463
			<i>Teva-Acyclovir</i>	Teva Can	02285967
ACYCLOVIR SODIQUE 	Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (10 mL)	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	02207656
			<i>Mint-Acyclovir</i>	Mint	02524724
			<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	02242464
	Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (20 mL)	<i>Teva-Acyclovir</i>	Teva Can	02285975
	Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (10 mL)	<i>Acyclovir Sodique</i>	Fresenius	02236926
			<i>Acyclovir sodique injectable</i>	Sterimax	02456524
			<i>Acyclovir Sodium Injection</i>	AuroPharma	02494558
	Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (20 mL)	<i>Acyclovir Sodique</i>	Fresenius	99106493
			<i>Acyclovir sodique injectable</i>	Sterimax	99106293
			<i>Acyclovir Sodium Injection</i>	AuroPharma	99113861
ADÉFOVIR DIPIVOXIL 	☞ Co.	10 mg	<i>AA-Adefovir</i>	AA Pharma	02420333
			<i>Hepsera</i>	Gilead	02247823

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:18.32 NUCLEOSIDES ET NUCLEOTIDES (suite)

ENTÉCAVIR 	Co.	0,5 mg	<i>Apo-Entecavir</i>	Apotex	02396955
			<i>Auro-Entecavir</i>	AuroPharma	02448777
			<i>Baraclude</i>	B.M.S.	02282224
			<i>Entecavir</i>	Sanis	02527154
			<i>Entecavir Tablets</i>	Strides	02453797
			<i>Jamp-Entecavir</i>	Jamp	02467232
			<i>Mint-Entecavir</i>	Mint	02485907
			<i>pms-Entecavir</i>	Phmscience	02430576
FAMCICLOVIR 	Co.	125 mg	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	02292025
			<i>Famvir</i>	Atnahs	02229110
	Co.	250 mg	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	02292041
			<i>Famvir</i>	Atnahs	02229129
	Co.	500 mg	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	02292068
			<i>Famvir</i>	Atnahs	02177102
GANCICLOVIR SODIQUE 	Pd. Perf. I.V.	500 mg	<i>Cytovene</i>	Cheplaphar	02162695
			<i>Ganciclovir pour injection</i>	Forma Ph	02537168
			<i>Ganciclovir pour injection</i>	Fresenius	02404761
			<i>Ganciclovir pour injection</i>	Sterimax	02475391
REMDÉSIVIR 	 Pd. Perf. I.V.	100 mg	<i>Veklury</i>	Gilead	02502143
RIBAVIRIN 	Sol. pour Inh.	6 g	<i>Virazole</i>	Bausch H.	02170140
TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 	Co.	25 mg	<i>Vemlidy</i>	Gilead	02464241
VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	500 mg	<i>AG-Valacyclovir</i>	Angita	02500582
			<i>Apo-Valacyclovir</i>	Apotex	02295822
			<i>Auro-Valacyclovir</i>	AuroPharma	02405040
			<i>Jamp Valacyclovir</i>	Jamp	02440598
			<i>Mylan-Valacyclovir</i>	Mylan	02351579
			<i>NB-Valacyclovir</i>	NB Pharma	02558130
			<i>pms-Valacyclovir</i>	Phmscience	02298457
			<i>Riva-Valacyclovir</i>	Riva	02316447
			<i>Sandoz Valacyclovir</i>	Sandoz	02347091
			<i>Teva-Valacyclovir</i>	Teva Can	02357534
			<i>Valacyclovir</i>	Sanis	02454645
			<i>Valacyclovir</i>	Sivem	02442000
			<i>Valtrex</i>	GSK	02219492
VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	450 mg	<i>Auro-Valganciclovir</i>	AuroPharma	02435179
			<i>Mint-Valganciclovir</i>	Mint	02495457
			<i>Teva-Valganciclovir</i>	Teva Can	02413825
			<i>Valcyte</i>	Cheplaphar	02245777
	Susp. Orale	50 mg/mL	<i>Auro-Valganciclovir</i>	AuroPharma	02535483
			<i>Valcyte</i>	Cheplaphar	02306085

8:18.40 ANTIVIRAUX DU VHC

GLÉCAPRÉVIR/PIBRENTASVIR 	 Trousse (orale solide)	100 mg -40 mg	<i>Maviret</i>	AbbVie	02467550
LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR 	 Co.	90 mg -400 mg	<i>Harvoni</i>	Gilead	02432226
SOFOSBUVIR 	 Co.	400 mg	<i>Sovaldi</i>	Gilead	02418355
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR 	 Co.	400 mg -100 mg	<i>Epclusa</i>	Gilead	02456370

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:18.40 ANTIVIRAUX DU VHC (suite)

SOFOBUIR/VELPATASVIR/VOXILAPRÉVIR 	Co.	400 mg - 100 mg - 100 mg	Vosevi	Gilead	02467542

8:18.92 ANTIVIRAUX, DIVERS

MARIBAVIR 	 Co.	200 mg	Livtency	Takeda	02530740

NIRMATRELVIR/RITONAVIR 	Co.	150 mg - 100 mg	Paxlovid Paxlovid	Pfizer Pfizer	02524031 02527804

8:30.04 AMOEBOCIDES

PAROMOMYCINE (SULFATE DE) 	Caps.	250 mg	Humatin	Search Phm	02078759

8:30.08 ANTIPALUDIQUES

ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	62,5 mg - 25 mg	Malarone pédiatrique	GSK	02264935
	Co.	250 mg - 100 mg	Atovaquone et chlorhydrate de proguanil	Glenmark	02466783
			Atovaquone Proguanil	Sanis	02421429
			Malarone	GSK	02238151
			Mylan-Atovaquone/Proguanil	Mylan	02402165
			Teva Atovaquone Proguanil	Teva Can	02380927

HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D') 	Co.	200 mg	Apo-Hydroxyquine	Apotex	02246691
			Hydroxychloroquine	Sanis	02519348
			Jamp Hydroxychloroquine	Jamp	02491427
			Mint-Hydroxychloroquine	Mint	02424991
			NRA-Hydroxychloroquine	Nora	02511886
			Plaquenil	SanofiAven	02017709

MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	250 mg	Mefloquine	AA Pharma	02244366

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE) 	Co.	26,3 mg	Primaquine	SanofiAven	02017776

QUININE (SULFATE DE)	Caps.	200 mg	Jamp-Quinine Teva-Quinine	Jamp Teva Can	02445190 00021008
	Caps.	300 mg	Apo-Quinine (Caps.) Jamp-Quinine (Caps.) Quinine-Odan (Caps.) Teva-Quinine	Apotex Jamp Odan Teva Can	02254522 02445204 00695459 00021016

8:30.92 ANTIPROTOZOAIRE, DIVERS

ATOVAQUONE 	Susp. Orale	150 mg/mL	Auro-Atovaquone GLN-Atovaquone Mepron	AuroPharma Glenmark GSK	02556618 02528495 02217422

MÉTRONIDAZOLE 	Co.	250 mg	Apo-Metronidazole Tablets Mint-Metronidazole	Apotex Mint	00545066 02535807
	Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL	Flagyl 500 inj.	Baxter	00870420

8:36 ANTI-INFECTIEUX URINAIRES

FOSFOMYCINE (TROMÉTHAMINE DE) 	Pd. Orale	3g	Jamp-Fosfomycin Monurol sachet	Jamp Paladin	02473801 02240335

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:36 ANTI-INFECTIEUX URINAIRES (suite)

MÉTHÉNAMINE (MANDÉLATE DE)	Co.	500 mg	<i>Mandélamine</i>	Search Phm	00499013
NITROFURANTOÏNE 	Co.	50 mg	<i>Nitrofurantoin</i>	AA Pharma	00319511
	Co.	100 mg	<i>Nitrofurantoin</i>	AA Pharma	00312738
NITROFURANTOÏNE (MACROCRISTAUX) 	Caps.	50 mg	<i>JAMP Nitrofurantoin Teva-Nitrofurantoin</i>	Jamp Teva Can	02495503 02231015
	Caps.	100 mg	<i>JAMP Nitrofurantoin Teva-Nitrofurantoin</i>	Jamp Teva Can	02495511 02231016
NITROFURANTOINE (MONOHYDRATE DE) (MACROCRISTAUX) 	Caps.	100 mg	<i>Auro-Nitrofurantoin JAMP Nitrofurantoin BID pms-Nitrofurantoin</i>	AuroPharma Jamp Phmscience	02466392 02544954 02455676
TRIMÉTHOPRIME 	Co.	100 mg	<i>Trimethoprim</i>	AA Pharma	02243116
	Co.	200 mg	<i>Trimethoprim</i>	AA Pharma	02243117

8:92 ANTI-INFECTIEUX, DIVERS

RIFAXIMINE 	 Co.	550 mg	<i>Zaxine</i>	Salix	02410702

10:00
antinéoplasiques

10:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES

ABÉMACICLIB 		Co.	50 mg	Verzenio	Lilly	02487098
		Co.	100 mg	Verzenio	Lilly	02487101
		Co.	150 mg	Verzenio	Lilly	02487128
ABIRATÉRONE (ACÉTATE D') 		Co.	250 mg	Apo-Abiraterone	Apotex	02491397
				Jamp Abiraterone	Jamp	02502305
				Mar-Abiraterone	Marcan	02503980
				Nat-Abiraterone	Natco	02494132
				pms-Abiraterone	Phmscience	02492601
				PRZ-Abiraterone	Pharmaris	02540452
				Reddy-Abiraterone	Dr Reddy's	02477114
				Sandoz Abiraterone	Sandoz	02486393
				Zytiga	Janss. Inc	02371065
		Co.	500 mg	Abiraterone	Jamp	02525380
				Apo-Abiraterone	Apotex	02491400
				Jamp Abiraterone	Jamp	02529629
				Mar-Abiraterone	Marcan	02503999
				pms-Abiraterone	Phmscience	02501503
				PRZ-Abiraterone	Pharmaris	02540460
				Reddy-Abiraterone	Dr Reddy's	02533251
				Sandoz Abiraterone	Sandoz	02521644
				Zytiga	Janss. Inc	02457113
ABIRATÉRONE (ACÉTATE D') - CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE SENSIBLE À LA CASTRATION 		Co.	250 mg	Apo-Abiraterone	Apotex	99114372
				Jamp Abiraterone	Jamp	99114410
				Nat-Abiraterone	Natco	99114422
				pms-Abiraterone	Phmscience	99114393
				PRZ-Abiraterone	Pharmaris	99114525
				Sandoz Abiraterone	Sandoz	99114395
		Co.	500 mg	Apo-Abiraterone	Apotex	99114373
				Jamp Abiraterone	Jamp	99114409
				pms-Abiraterone	Phmscience	99114392
				PRZ-Abiraterone	Pharmaris	99114524
				Sandoz Abiraterone	Sandoz	99114394
ACALABRUTINIB 		Co.	100 mg	Calquence	AZC	02535696
AFATINIB (DIMALÉATE D') 		Co.	20 mg	Giotrif	Bo. Ing.	02415666
				Mar-Afatinib	Marcan	02517019
				Sandoz AFAtinib	Sandoz	02512777
		Co.	30 mg	Giotrif	Bo. Ing.	02415674
				Mar-Afatinib	Marcan	02517027
				Sandoz AFAtinib	Sandoz	02512785
		Co.	40 mg	Giotrif	Bo. Ing.	02415682
				Mar-Afatinib	Marcan	02517035
				Sandoz AFAtinib	Sandoz	02512793
ALDESLEUKINE 		Pd. Perf. I.V.	22 000 000 U	Proleukin	Sterimax	02130181
ALECTINIB (CHLORHYDRATE D') 		Caps.	150 mg	Alecensaro	Roche	02458136
AMIVANTAMAB 		Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (7 mL)	Rybrevant	Janss. Inc	02526182
AMSACRINE 		Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL	Amsa P-D	Search Phm	00582212
APALUTAMIDE 		Co.	60 mg	Erleada	Janss. Inc	02478374
		Co.	240 mg	Erleada	Janss. Inc	02540185
ARSENIC (TRIOXYDE D') 		Sol. Inj. I.V. (firole)	1 mg/mL (10 mL)	Trioxyde d'arsenic pour in- jection	Sandoz	02513420

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

ASCIMINIB 	 Co.	20 mg	Scemblix	Novartis	02528320
	 Co.	40 mg	Scemblix	Novartis	02528339
ATÉZOLIZUMAB 	 Sol. Inj. S.C.	125 mg/mL (15 mL)	Tecentriq SC	Roche	02546310
	 Sol. Perf. I.V.	60 mg/mL (14 mL)	Tecentriq	Roche	02492393
	 Sol. Perf. I.V.	60 mg/mL (20 mL)	Tecentriq	Roche	02462990
AVAPRITINIB 	 Co.	25 mg	Ayvakyt	Medison	02551764
	 Co.	50 mg	Ayvakyt	Medison	02551772
	 Co.	100 mg	Ayvakyt	Medison	02551780
	 Co.	200 mg	Ayvakyt	Medison	02551799
AVELUMAB 	 Sol. Inj. I.V.	20 mg/mL (10 mL)	Bavencio	Serono	02469723
AXICABTAGÈNE CILOLEUCÉL 	 Susp. Perf. I.V.	jusqu'à 200 000 000 cellules CAR-T	Yescarta	Gilead	02485648
AXITINIB 	 Co.	1 mg	Inlyta	Pfizer	02389630
	 Co.	5 mg	Inlyta	Pfizer	02389649
AZACITIDINE 	 Co.	200 mg	Onureg	Celgene	02510197
	 Co.	300 mg	Onureg	Celgene	02510200
	Pd. Inj. S.C.		Azacitidine pour injection Azacitidine pour injection Azacitidine pour injection Azacitidine pour injection Nat-Azacitidine Vidaza	Dr Reddy's Hikma Jamp Sandoz Natco Celgene	02462826 02507668 02501791 02529599 02480220 02336707
BELZUTIFAN 	 Co.	40 mg	Welireg	Merck	02528908
BENDAMUSTINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Pd. Perf. I.V.	25 mg	Chlorhydrate de benda- mustine pour injection Nat-Bendamustine Treanda	Jamp Natco Teva Innov	02509164 02496887 02392550
	 Pd. Perf. I.V.	100 mg	Chlorhydrate de benda- mustine pour injection Chlorhydrate de benda- mustine pour injection Nat-Bendamustine Treanda	Jamp Mylan Natco Teva Innov	02509172 02498111 02496895 02392569
BEVACIZUMAB 	Sol. Perf. I.V.	25 mg/mL (4 mL)	Abevmy	Biocon	02522179
			Aybintio	Organon	02522829
			Bambevi	Apotex	02520729
			MVASI	Amgen	02470748
			Vegzelma	Celltrion	02534177
			Zirabev	Pfizer	02489430
	Sol. Perf. I.V.	25 mg/mL (16 mL)	Abevmy	Biocon	02522160
			Aybintio	Organon	02522837
			Bambevi	Apotex	02520737
			MVASI	Amgen	02470756
			Vegzelma	Celltrion	02534185
			Zirabev	Pfizer	02489449

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

BICALUTAMIDE	Co.	50 mg	<i>Apo-Bicalutamide</i> <i>Bicalutamide</i> <i>Bicalutamide</i> <i>Jamp-Bicalutamide</i> <i>pms-Bicalutamide</i> <i>Teva-Bicalutamide</i>	Apotex Accord Sanis Jamp Phmscience Teva Can	02296063 02325985 02519178 02357216 02275589 02270226
BINIMÉTINIB	Co.	15 mg	<i>Mektovi</i>	Pfizer	02513080
BLÉOMYCINE (SULFATE DE)	Pd. Inj.	15 U	<i>Bléomycine pour injection</i> <i>Sulfate de Bléomycine</i>	PPC Pfizer	02265982 02131692
BLINATUMOMAB	Trouse (Pd. Perf. I.V.)	38,5 mcg	<i>Blinicyto</i>	Amgen	02450283
BORTÉZOMIB	Pd. Inj.	2,5 mg	<i>Bortézomib pour injection</i> <i>Bortézomib pour injection</i> <i>Taro-Bortezomib</i>	Juno Pfizer Taro	02494930 02467003 02511932
	Pd. Inj.	3,5 mg	<i>Act Bortezomib</i> <i>Bortezomib pour injection</i> <i>Bortézomib pour injection</i> <i>Bortézomib pour injection</i> <i>Bortézomib pour injection</i> <i>SDZ</i> <i>pms-Bortezomib</i> <i>Taro-Bortezomib</i> <i>Velcade</i>	Teva Can Marcan Dr Reddy's Teva Can Sandoz Phmscience Taro Janss. Inc	02438399 02493306 02452456 02423405 02503352 02466708 02499061 02262452
BRENTUXIMAB VÉDOTINE	Pd. Perf. I.V.	50 mg	<i>Adcetris</i>	Pfizer	02401347
BREXUCABTAGÈNE AUTOLECEL	Susp. Perf. I.V.	100 000 000 cellules CAR-T ou moins	<i>Tecartus</i>	Gilead	02532719
	Susp. Perf. I.V.	200 000 000 cellules CAR-T ou moins	<i>Tecartus</i>	Gilead	02516667
BRIGATINIB	Co.	30 mg	<i>Alunbrig</i>	Takeda	02479206
	Co.	90 mg	<i>Alunbrig</i>	Takeda	02479214
	Co.	180 mg	<i>Alunbrig</i>	Takeda	02479222
	Trouse (orale solide)	90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.)	<i>Alunbrig</i>	Takeda	02479230
BUSULFAN	Co.	2 mg	<i>Myleran</i>	Aspen	00004618
	Sol. Perf. I.V.	6 mg/mL	<i>Busulfan pour injection</i> <i>Busulfex</i> <i>pms-Busulfan</i>	Sterimax Otsuka Phmscience	02463733 02240602 02477343
CABAZITAXEL	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (4,5 mL)	<i>Cabazitaxel for Injection</i> <i>Cabazitaxel pour injection</i>	Forma Ph Sandoz	02553783 02487497
	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (6 mL)	<i>Cabazitaxel for Injection</i> <i>Cabazitaxel pour injection</i>	Forma Ph Sandoz	02553791 02487500
	Sol. Perf. I.V.	40 mg/mL (1,5 mL)	<i>Cabazitaxel pour injection</i>	Dr Reddy's	02495635
CABOZANTINIB (MALATE DE)	Co.	20 mg	<i>Cabometyx</i>	Ipsen	02480824
	Co.	40 mg	<i>Cabometyx</i>	Ipsen	02480832
	Co.	60 mg	<i>Cabometyx</i>	Ipsen	02480840
CALASPARGASE PEGOL	Sol. Perf. I.V.	750 U/mL (5 mL)	<i>Asparlas</i>	Servier	02542943

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

CAPÉCITABINE 	Co.	150 mg	ACH-Capecitabine Apo-Capecitabine Capecitabine Capecitabine Sandoz Capecitabine Taro-Capecitabine	Accord Apotex Jamp Sanis Sandoz Taro	02426757 02434504 02519879 02514982 02421917 02457490
	Co.	500 mg	ACH-Capecitabine Apo-Capecitabine Capecitabine Capecitabine Mint-Capecitabine Sandoz Capecitabine Taro-Capecitabine	Accord Apotex Jamp Sanis Mint Sandoz Taro	02426765 02434512 02519887 02514990 02508028 02421925 02457504
CAPIVASERTIB 	 Co.	160 mg	Truqap	AZC	02544733
	 Co.	200 mg	Truqap	AZC	02544741
CARBOPLATINE 	Sol. Inj.	10 mg/mL	Carboplatine Carboplatine Injectable	Novopharm Oméga	02125439 02366053
	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL	Carboplatine	Pfizer	02126680
CARFILZOMIB 	 Pd. Perf. I.V.	10 mg	Kyprolis	Amgen	02459930
	 Pd. Perf. I.V.	30 mg	Kyprolis	Amgen	02459949
	 Pd. Perf. I.V.	60 mg	Kyprolis	Amgen	02451034
CARMUSTINE 	Pd. Inj. I.V.	100 mg	BICNU Carmustine pour injection	Marcan Sterimax	00297763 02531879
CÉMIPLIMAB 	 Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (7 mL)	Libtayo	Regeneron	02487144
CÉRITINIB 	 Caps.	150 mg	Zykadia	Novartis	02436779
CÉTUXIMAB 	 Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL (50 mL)	Erbix	Lilly	02271249
CHLORAMBUCIL 	Co.	2 mg	Leukeran	Aspen	00004626
CISPLATINE 	Sol. Perf. I.V.	1 mg/mL	Cisplatin Cisplatin injection	Pfizer Teva Can	02126613 02403188
CLADRIBINE 	Sol. Inj.	1 mg/mL	Cladribine pour injection	Fresenius	02319918
COBIMÉTINIB 	 Co.	20 mg	Cotellic	Roche	02452340
CRISANTASPASE RECOMBINANTE 	 Sol. Inj. I.M.	20 mg/mL (0,5 mL)	Rylaze	Jazz	02530406
CRIZOTINIB 	 Caps.	200 mg	Xalkori	Pfizer	02384256
	 Caps.	250 mg	Xalkori	Pfizer	02384264
CYCLOPHOSPHAMIDE 	Co.	50 mg	Procytox	Baxter	02241796
	Pd. Inj. I.V.	1 g	Cyclophosphamide pour injection Procytox	Sterimax Baxter	02547686 02241799
	Pd. Inj. I.V.	2 g	Cyclophosphamide pour injection	Sterimax	02547694
	Pd. Inj. I.V.	500 mg	Procytox	Baxter	02241798

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

CYTARABINE		Sol. Inj.	20 mg/mL (5 mL)	<i>Cytarabine</i>	Phmscience	02406764
		Sol. Inj.	100 mg/mL	<i>Cytarabine</i> <i>Cytarabine Injectable</i>	Pfizer Sterimax	02126656 02515296
DABRAFÉNIB (MÉSULATE DE)		Caps.	50 mg	<i>Tafinlar</i>	Novartis	02409607
		Caps.	75 mg	<i>Tafinlar</i>	Novartis	02409615
DACARBAZINE		Pd. Inj. I.V.	600 mg	<i>Dacarbazine pour injection</i>	Pfizer	02241445
DARATUMUMAB		Sol. Inj. S.C.	120 mg/mL (15 mL)	<i>Darzalex SC</i>	Janss. Inc	02502712
		Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (5 mL)	<i>Darzalex</i>	Janss. Inc	02455951
		Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (20 mL)	<i>Darzalex</i>	Janss. Inc	02455978
DAROLUTAMIDE		Co.	300 mg	<i>Nubeqa</i>	Bayer	02496348
DASATINIB		Co.	20 mg	<i>Apo-Dasatinib</i> <i>Reddy-Dasatinib</i> <i>Sprycel</i> <i>Taro-Dasatinib</i> <i>Teva-Dasatinib</i>	Apotex Dr Reddy's B.M.S. Taro Teva Can	02470705 02514737 02293129 02499282 02478307
		Co.	50 mg	<i>Apo-Dasatinib</i> <i>Reddy-Dasatinib</i> <i>Sprycel</i> <i>Taro-Dasatinib</i> <i>Teva-Dasatinib</i>	Apotex Dr Reddy's B.M.S. Taro Teva Can	02470713 02514745 02293137 02499304 02478315
		Co.	70 mg	<i>Apo-Dasatinib</i> <i>Reddy-Dasatinib</i> <i>Sprycel</i> <i>Taro-Dasatinib</i> <i>Teva-Dasatinib</i>	Apotex Dr Reddy's B.M.S. Taro Teva Can	02481499 02514753 02293145 02499312 02478323
		Co.	100 mg	<i>Apo-Dasatinib</i> <i>Reddy-Dasatinib</i> <i>Sprycel</i> <i>Taro-Dasatinib</i> <i>Teva-Dasatinib</i>	Apotex Dr Reddy's B.M.S. Taro Teva Can	02470721 02514788 02320193 02499339 02478358
		Pd. Inj. I.V.	20 mg	<i>Cérubidine</i>	Search Phm	01926683
DAUNORUBICINE/CYTARABINE LIPOSOMALE		Pd. Perf. I.V.	44 mg-100 mg	<i>Vyxeos</i>	Jazz	02515490
DINUTUXIMAB		Sol. Perf. I.V.	3,5 mg/ml (5 ml)	<i>Unituxin</i>	U.T.C.	02483076
DOCETAXEL		Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL	<i>Docetaxel Injection</i>	Biolyse.	02458020
DOSTARLIMAB		Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (10 mL)	<i>Jemperli</i>	GSK	02523434
DOXORUBICINE (CHLORHYDRATE DE)		Pd. Inj. I.V.	50 mg	<i>Doxorubicine</i>	Pfizer	02194465
		Pd. Inj. I.V.	150 mg	<i>Doxorubicine</i>	Pfizer	02194473
		Sol. Inj. I.V.	2 mg/mL	<i>Chlorhydrate de doxorubicine</i> <i>Chlorhydrate de doxorubicine injectable, USP</i> <i>Doxorubicin</i>	Teva Can Mylan Pfizer	02409275 02413973 02410397

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

DOXORUBICINE (CHLORHYDRATE DE) LIPOSOMES PEGYLÉS 		Susp. Perf. I.V.	2 mg/mL	<i>Caelyx</i> <i>Taro-Doxorubicin Liposomal</i>	Janss. Inc Taro	02238389 02493020
DURVALUMAB 		Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL (2,4 mL et 10 mL)	<i>Imfinzi</i>	AZC	02468816
ENCORAFÉNIB 		Caps.	75 mg	<i>Braftovi</i>	Pfizer	02513099
ENFORTUMAB VÉDOTINE 		Pd. Perf. I.V.	20 mg	<i>Padcev</i>	Pfizer	02521903
		Pd. Perf. I.V.	30 mg	<i>Padcev</i>	Pfizer	02521911
ENTRECTINIB 		Caps.	100 mg	<i>Rozlytrek</i>	Roche	02495007
		Caps.	200 mg	<i>Rozlytrek</i>	Roche	02495015
ENZALUTAMIDE 		Caps.	40 mg	<i>Apo-Enzalutamide</i> <i>Auro-Enzalutamide</i> <i>JAMP Enzalutamide</i> <i>Reddy-Enzalutamide</i> <i>Xtandi</i>	Apotex AuroPharma Jamp Dr Reddy's Astellas	02562677 02494736 02515229 02558424 02407329
EPCORITAMAB 		Sol. Inj. S.C.	5 mg/mL (0,8 mL)	<i>Epkinly</i>	AbbVie	02542293
		Sol. Inj. S.C.	60 mg/mL (0,8 mL)	<i>Epkinly</i>	AbbVie	02542307
EPIRUBICINE (CHLORHYDRATE D') 		Sol. Inj. I.V.	2 mg/mL	<i>Epirubicin</i> <i>Épirubicine pour injection</i>	Phmscience Teva Can	02410400 02324091
ERDAFITINIB 		Co.	3 mg	<i>Balversa</i>	Janss. Inc	02493217
		Co.	4 mg	<i>Balversa</i>	Janss. Inc	02493225
		Co.	5 mg	<i>Balversa</i>	Janss. Inc	02493233
ÉRIBULINE (MÉSULATE D') 		Sol. Inj. I.V.	0,5 mg/mL (2 mL)	<i>Halaven</i> <i>Mésylate d'éribuline pour injection</i> <i>NAT-Eribulin</i>	Eisai Dr Reddy's Natco	02377438 02545950 02539136
ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D') 		Co.	100 mg	<i>Apo-Erlotinib</i> <i>NAT-Erlotinib</i> <i>pms-Erlotinib</i> <i>Teva-Erlotinib</i>	Apotex Natco Phmscience Teva Can	02461870 02483920 02454386 02377705
		Co.	150 mg	<i>Apo-Erlotinib</i> <i>NAT-Erlotinib</i> <i>pms-Erlotinib</i> <i>Teva-Erlotinib</i>	Apotex Natco Phmscience Teva Can	02461889 02483939 02454394 02377713
ÉTOPOSIDE 		Caps.	50 mg	<i>Vepesid</i>	Cheplaphar	00616192
		Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL	<i>Etoposide</i>	Novopharm	02080036
ÉVÉROLIMUS 		Co.	2,5 mg	<i>Afinitor</i> <i>NAT-Everolimus</i> <i>pms-Everolimus</i> <i>Reddy-Everolimus</i> <i>Sandoz Everolimus</i> <i>Teva-Everolimus</i>	Novartis Natco Phmscience Dr Reddy's Sandoz Teva Can	02369257 02530090 02504677 02532409 02492911 02463229

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

	Co.	5 mg	<i>Afinitor</i>	Novartis	02339501
			<i>NAT-Everolimus</i>	Natco	02530104
			<i>pms-Everolimus</i>	Phmscience	02504685
			<i>Reddy-Everolimus</i>	Dr Reddy's	02532417
			<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	02492938
	Co.	10 mg	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	02463237
			<i>Afinitor</i>	Novartis	02339528
			<i>NAT-Everolimus</i>	Natco	02530120
			<i>pms-Everolimus</i>	Phmscience	02504693
			<i>Reddy-Everolimus</i>	Dr Reddy's	02532433
	Co.	10 mg	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	02492946
			<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	02463253
FÉDRATINIB	Caps.	100 mg	<i>Inrebic</i>	Celgene	02502445
FLUDARABINE (PHOSPHATE DE)	Co.	10 mg	<i>Fludara</i>	SanofiAven	02246226
	Sol. Inj. I.V.	25 mg/mL	<i>Phosphate de fludarabine pour injection</i>	Teva Can	02283859
	Sol. Inj. I.V.	50 mg/mL	<i>Fludarabine</i>	Fresenius	02351722
FLUOROURACILE	Sol. Inj. I.V.	50 mg/mL	<i>Fluorouracil Injection</i> <i>Injection de Fluorouracile</i>	Biolyse Sandoz	02473771 00012882
FLUTAMIDE	Co.	250 mg	<i>Apo-Flutamide</i>	Apotex	02238560
FRUQUINTINIB	Caps.	1 mg	<i>Fruzaqla</i>	Takeda	02551454
	Caps.	5 mg	<i>Fruzaqla</i>	Takeda	02551462
FULVESTRANT	Sol. Inj. I.M. (ser)	50 mg/mL (5 mL)	<i>Faslodex</i>	AZC	02248624
			<i>Fulvestrant Injectable</i>	Jamp	02530635
			<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sandoz	02483610
			<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sterimax	02558971
			<i>Fulvestrant Injection</i>	Forma Ph	02536293
	Co.	250 mg	<i>Teva-Fulvestrant Injection</i>	Teva Can	02460130
			<i>Apo-Gefitinib</i>	Apotex	02468050
			<i>Iressa</i>	AZC	02248676
			<i>Jamp Gefitinib</i>	Jamp	02500663
			<i>Nat-Gefitinib</i>	Natco	02491796
	Co.	250 mg	<i>Sandoz Gefitinib</i>	Sandoz	02487748
			<i>Gemcitabine injectable</i>	Pfizer	02402831
			<i>Gemcitabine injection</i>	Sandoz	02412292
GEMCITABINE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj. I.V.	38 mg/mL			
	Sol. Inj. I.V.	40 mg/mL			
GEMTUZUMAB OZOGAMICINE	Pd. Perf. I.V.	4,5 mg	<i>Mylotarg</i>	Pfizer	02494388
GILTÉRITINIB	Co.	40 mg	<i>Xospata</i>	Astellas	02495058
GLOFITAMAB	Sol. Perf. I.V.	1 mg/mL (2,5 mL)	<i>Columvi</i>	Roche	02536552
	Sol. Perf. I.V.	1 mg/mL (10 mL)	<i>Columvi</i>	Roche	02536560
HYDROXYURÉE	Caps.	500 mg	<i>Apo-Hydroxyurea</i>	Apotex	02247937
			<i>Hydréa</i>	Cheplaphar	00465283
			<i>Mylan-Hydroxyurea</i>	Mylan	02242920
			<i>Riva-Hydroxyurea</i>	Riva	02530260
IBRITUMOMAB TIUXETAN	Trousse (Sol. Perf. I.V.)	3,2 mg/2 mL	<i>Zevalin</i>	AuroPharma	02328674

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

IBRUTINIB 	 Caps.	140 mg	<i>Imbruvica</i>	Janss. Inc	02434407
IDARUBICINE (CHLORHYDRATE D') 	Sol. Inj. I.V.	1 mg/mL	<i>Idarubicin</i>	Pfizer	02410028
IDÉLALISIB 	 Co.	100 mg	<i>Zydelig</i>	Gilead	02438798
	 Co.	150 mg	<i>Zydelig</i>	Gilead	02438801
IFOSFAMIDE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Ifex</i> <i>Ifosfamide</i>	Baxter Fresenius	02241357 02246565
	Pd. Inj.	3 g	<i>Ifex</i>	Baxter	02241356
IMATINIB (MÉSULATE D') 	 Co.	100 mg	<i>ACH-Imatinib</i> <i>Apo-Imatinib</i> <i>Gleevec</i> <i>Imatinib</i> <i>Imatinib</i> <i>Jamp Imatinib</i> <i>Mint-Imatinib</i> <i>NAT-Imatinib</i> <i>pms-Imatinib</i> <i>Teva-Imatinib</i>	Accord Apotex Novartis Sanis Sivem Jamp Mint Natco Phmscience Teva Can	02490986 02355337 02253275 02504596 02521202 02495066 02492334 02397285 02431114 02399806
			<i>ACH-Imatinib</i> <i>Apo-Imatinib</i> <i>Gleevec</i> <i>Imatinib</i> <i>Imatinib</i> <i>Jamp Imatinib</i> <i>Mint-Imatinib</i> <i>NAT-Imatinib</i> <i>pms-Imatinib</i> <i>Teva-Imatinib</i>	Accord Apotex Novartis Sanis Sivem Jamp Mint Natco Phmscience Teva Can	02490994 02355345 02253283 02504618 02521210 02495074 02492342 02397293 02431122 02399814
IMATINIB (MÉSULATE D') - TUMEUR STROMALE GASTRO-INTESTINALE 	 Co.	100 mg	<i>Apo-Imatinib</i> <i>Gleevec</i> <i>Imatinib</i> <i>Jamp Imatinib</i> <i>Mint-Imatinib</i> <i>NAT-Imatinib</i> <i>Teva-Imatinib</i>	Apotex Novartis Sivem Jamp Mint Natco Teva Can	99114189 99100983 99114338 99114440 99114287 99114193 99114336
			<i>Apo-Imatinib</i> <i>Gleevec</i> <i>Imatinib</i> <i>Jamp Imatinib</i> <i>Mint-Imatinib</i> <i>NAT-Imatinib</i> <i>Teva-Imatinib</i>	Apotex Novartis Sivem Jamp Mint Natco Teva Can	99114188 99100982 99114337 99114439 99114286 99114192 99114335
INAVOLISIB 	 Co.	3 mg	<i>Itovebi</i>	Roche	02555476
	 Co.	9 mg	<i>Itovebi</i>	Roche	02555484
INOTUZUMAB OZOGAMICINE 	 Pd. Perf. I.V.	0,9 mg	<i>Besponsa</i>	Pfizer	02473909
IPILIMUMAB 	 Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL (10 mL et 40 mL)	<i>Yervoy</i>	B.M.S.	02379384
IRINOTECAN (CHLORHYDRATE TRIHYDRATE D') 	Sol. Inj.	20 mg/mL	<i>Irinotecan</i> <i>Irinotécan pour injection</i>	Pfizer Teva Can	02258218 02312409
ISATUXIMAB 	 Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (5 mL)	<i>Sarclisa</i>	SanofiAven	02498235
	 Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (25 mL)	<i>Sarclisa</i>	SanofiAven	02498243
IVOSIDÉNIB 	 Co.	250 mg	<i>Tibsovo</i>	Servier	02549980

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

LAPATINIB 	 Co.	250 mg	<i>Tykerb</i>	Novartis	02326442
LAROTRECTINIB 	 Caps.	25 mg	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	02490315
	 Caps.	100 mg	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	02490323
	 Sol. Orale	20 mg/mL (50 mL)	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	02490331
LAZERTINIB 	 Co.	80 mg	<i>Lazcluze</i>	Janss. Inc	02555964
	 Co.	240 mg	<i>Lazcluze</i>	Janss. Inc	02555972
LÉNALIDOMIDE 	Caps.	2,5 mg	<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	02507927
			<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	02506130
			<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	02493837
			<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	02484714
			<i>Revlimid</i>	Celgene	02459418
			<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	02518562
	Caps.	5 mg	<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	02507862
			<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	02507935
			<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	02506149
			<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	02493845
			<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	02483017
			<i>Revlimid</i>	Celgene	02304899
	Caps.	10 mg	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	02518570
			<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	02507870
			<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	02507943
			<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	02506157
			<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	02493861
			<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	02483025
	Caps.	15 mg	<i>Revlimid</i>	Celgene	02304902
			<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	02518589
			<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	02507889
			<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	02507951
			<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	02506165
			<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	02493888
	Caps.	20 mg	<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	02483033
			<i>Revlimid</i>	Celgene	02317699
			<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	02518597
			<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	02507897
			<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	02507978
			<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	02506173
	Caps.	25 mg	<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	02493896
			<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	02483041
			<i>Revlimid</i>	Celgene	02440601
			<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	02518600
			<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	02507900
			<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	02507986
	Trousse (orale solide)	dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (5 caps.)	<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	02506181
			<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	02493918
			<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	02483068
			<i>Revlimid</i>	Celgene	02317710
LENVATINIB 	Trousse (orale solide)	dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (10 caps.)	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	02518619
			<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	02507919
			<i>Lenvima</i>	Eisai	02484056
			<i>Lenvima</i>	Eisai	02468220
LENVATINIB 	Trousse (orale solide)	dose quotidienne de 10 mg : 10 mg (5 caps.)	<i>Lenvima</i>	Eisai	02450321
			<i>Lenvima</i>	Eisai	02484129
			<i>Lenvima</i>	Eisai	02484129
			<i>Lenvima</i>	Eisai	02484129

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

	☞	Trousse (orale solide)	dose quotidienne de 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)	<i>Lenvima</i>	Eisai	02450313
	☞	Trousse (orale solide)	dose quotidienne de 20 mg : 10 mg (10 caps.)	<i>Lenvima</i>	Eisai	02450305
	☞	Trousse (orale solide)	dose quotidienne de 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)	<i>Lenvima</i>	Eisai	02450291
LISOCABTAGÈNE MARALEUCÉL	☞	Susp. Perf. I.V.	jusqu'à 120 000 000 cellules CAR-T	<i>Breyanzi</i>	B.M.S.	02527138
LOMUSTINE		Caps.	10 mg	<i>CeeNU</i>	B.M.S.	00360430
		Caps.	40 mg	<i>CeeNU</i>	B.M.S.	00360422
		Caps.	100 mg	<i>CeeNU</i>	B.M.S.	00360414
LORLATINIB	☞	Co.	25 mg	<i>Lorbrena</i>	Pfizer	02485966
	☞	Co.	100 mg	<i>Lorbrena</i>	Pfizer	02485974
LUTÉCIUM VIPIVOTIDE TÉTRAXÉTAN	☞	Sol. Inj. I.V.	1000 MBq/mL (entre 7,5 et 12,5 ml selon calibration)	<i>Pluvicto</i>	Novartis	02530198
MELPHALAN		Co.	2 mg	<i>Alkeran</i>	Aspen	00004715
		Pd. Inj. I.V.	50 mg	<i>Alkeran</i> <i>Taro-Melphalan</i>	Aspen Taro	02087286 02480026
MERCAPTOPURINE		Co.	50 mg	<i>Mercaptopurine</i> <i>Purinethol</i>	Sterimax Teva Can	02415275 00004723
MÉTHOTREXATE		Co.	2,5 mg	<i>ACH-Methotrexate</i> <i>Apo-Methotrexate</i> <i>Auro-Methotrexate</i> <i>M-Methotrexate</i> <i>pms-Methotrexate</i>	Accord Apotex AuroPharma Mantra Ph. Phmscience	02509067 02182963 02524023 02534916 02170698
		Co.	10 mg	<i>JAMP Methotrexate Tablets</i> <i>Méthotrexate</i> <i>pms-Methotrexate Tablets</i>	Jamp Pfizer Phmscience	02553740 02182750 02561956
		Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Méthotrexate Sodique sans préservatif</i>	Pfizer	02182947
		Sol. Inj.	25 mg/mL	<i>Méthotrexate</i> <i>Méthotrexate Injectable</i> <i>Méthotrexate Sodique</i> <i>Méthotrexate sodique injectable</i> <i>Méthotrexate Sodique sans préservatif</i>	Pfizer Accord Pfizer Teva Can Pfizer	02182971 02464365 02182777 02099705 02182955
		Sol. Inj. (ser)	7,5 mg/0,3 mL	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	02422166
		Sol. Inj. (ser)	10 mg/0,4 mL	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	02422174
		Sol. Inj. (ser)	15 mg/0,6 ml	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	02422182
		Sol. Inj. (ser)	20 mg/0,8 ml	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	02422190
		Sol. Inj. (ser)	25 mg/mL	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	02422204

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

	Sol. Inj. S.C. (ser)	10 mg/0,2 mL	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i> <i>Metobject Sous-Cutané</i> <i>pms-Methotrexate Injection</i>	Accord	02491281
				Medexus Phmscience	02454831 02539608
	Sol. Inj. S.C. (ser)	12,5 mg/0,25 mL	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i> <i>Metobject Sous-Cutané</i> <i>pms-Methotrexate Injection</i>	Accord	02491303
				Medexus Phmscience	02454750 02539616
	Sol. Inj. S.C. (ser)	15 mg/0,3 mL	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i> <i>Metobject Sous-Cutané</i> <i>pms-Methotrexate Injection</i>	Accord	02491311
				Medexus Phmscience	02454858 02539624
	Sol. Inj. S.C. (ser)	17,5 mg/0,35 mL	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i> <i>Metobject Sous-Cutané</i> <i>pms-Methotrexate Injection</i>	Accord	02491338
				Medexus Phmscience	02454769 02539632
	Sol. Inj. S.C. (ser)	20 mg/0,4 mL	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i> <i>Metobject Sous-Cutané</i> <i>pms-Methotrexate Injection</i>	Accord	02491346
				Medexus Phmscience	02454866 02539640
	Sol. Inj. S.C. (ser)	22,5 mg/0,45 mL	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i> <i>Metobject Sous-Cutané</i> <i>pms-Methotrexate Injection</i>	Accord	02491354
				Medexus Phmscience	02454777 02539659
	Sol. Inj. S.C. (ser)	25 mg/0,5 mL	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i> <i>Metobject Sous-Cutané</i> <i>pms-Methotrexate Injection</i>	Accord	02491362
				Medexus Phmscience	02454874 02539667
MIDOSTAURINE 	 Caps.	25 mg	<i>Rydapt</i>	Novartis	02466236
MITOMYCINE 	Pd. Inj.	5 mg	<i>Mitomycine</i>	Novopharm	02230450
	Pd. Inj.	20 mg	<i>Mitomycine</i> <i>Mitomycine pour injection</i>	Novopharm Hikma	02230451 02531941
MITOTANE 	Co.	500 mg	<i>Lysodren</i>	Médunik	00463221
MITOXANTRONE (CHLORHYDRATE DE) 	Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL	<i>Mitoxantrone</i> <i>Mitoxantrone Injection</i>	Pfizer Fresenius	02244614 02286300
MOGAMULIZUMAB 	 Sol. Perf. I.V.	4 mg/mL (5 mL)	<i>Poteligeo</i>	Kyowa Can	02527715
MOMÉLOTINIB (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	100 mg	<i>Ojjaara</i>	GSK	02552965
	 Co.	150 mg	<i>Ojjaara</i>	GSK	02552973
	 Co.	200 mg	<i>Ojjaara</i>	GSK	02552981
NILOTINIB 	 Caps.	150 mg	<i>Apo-Nilotinib</i> <i>Reddy-Nilotinib</i> <i>Tasigna</i>	Apotex Dr Reddy's Novartis	02550881 02556634 02368250
	 Caps.	200 mg	<i>Apo-Nilotinib</i> <i>Reddy-Nilotinib</i> <i>Tasigna</i>	Apotex Dr Reddy's Novartis	02550903 02556642 02315874

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

NILUTAMIDE	Co.	50 mg	<i>Anandron</i>	Cheplaphar	02221861
NIRAPARIB (TOSYLATE DE)	Caps.	100 mg	<i>Zejula</i>	GSK	02489783
	Co.	100 mg	<i>Zejula</i>	GSK	02530031
NIRAPARIB/ABIRATÉRON (ACÉTATE D')	Co.	50 mg - 500 mg	<i>Akeega</i>	Janss. Inc	02538555
	Co.	100 mg - 500 mg	<i>Akeega</i>	Janss. Inc	02538563
NIVOLUMAB	Sol. Inj. S.C.	120 mg/mL (5 mL)	<i>Opdivo SC</i>	B.M.S.	02557320
	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (4 mL)	<i>Opdivo</i>	B.M.S.	02446626
	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (10 mL)	<i>Opdivo</i>	B.M.S.	02446634
NIVOLUMAB/RELATLIMAB	Sol. Perf. I.V.	12 mg/mL - 4 mg/mL (20 mL)	<i>Opdualag</i>	B.M.S.	02541416
OBINUTUZUMAB	Sol. Perf. I.V.	25 mg/mL (40 mL)	<i>Gazyva</i>	Roche	02434806
OLAPARIB	Co.	100 mg	<i>Lynparza</i>	AZC	02475200
	Co.	150 mg	<i>Lynparza</i>	AZC	02475219
OSIMERTINIB	Co.	40 mg	<i>Tagrisso</i>	AZC	02456214
	Co.	80 mg	<i>Tagrisso</i>	AZC	02456222
OXALIPLATINE	Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL	<i>Oxaliplatin Injection</i> <i>Oxaliplatine</i> <i>Oxaliplatine Injectable</i> <i>pms-Oxaliplatin</i>	Sandoz Pfizer Teva Can Phmscience	02436957 02444763 02435071 02437074
OXODOTRÉOTIDE DE LUTÉCIUM	Sol. Inj. I.V.	370 MBq/mL (entre 20,5 et 25 ml selon calibration)	<i>Lutathera</i>	Novartis	02484552
PACLITAXEL	Sol. Inj. I.V.	6 mg/mL	<i>Apo-Paclitaxel injectable</i> <i>Pacitaxel pour injection</i> <i>Paclitaxel Injection USP</i>	Apotex Biolyse Sandoz	02248844 02244372 02320150
PACLITAXEL EN NANOPARTICULES	Pd. Perf. I.V.	100 mg	<i>Abraxane</i> <i>PACLitaxel</i>	Celgene Apotex	02281066 02496097
PALBOCICLIB	Co.	75 mg	<i>Ibrance</i> <i>pms-Palbociclib</i> <i>Taro-Palbociclib</i>	Pfizer Phmscience Taro	02493535 02552124 02547635
	Co.	100 mg	<i>Ibrance</i> <i>pms-Palbociclib</i> <i>Taro-Palbociclib</i>	Pfizer Phmscience Taro	02493543 02552132 02547643
	Co.	125 mg	<i>Ibrance</i> <i>pms-Palbociclib</i> <i>Taro-Palbociclib</i>	Pfizer Phmscience Taro	02493551 02552140 02547651
PANITUMUMAB	Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (5 mL)	<i>Vectibix</i>	Amgen	02308487
	Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (20 mL)	<i>Vectibix</i>	Amgen	02308509
PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE)	Co.	200 mg	<i>Eugia-Pazopanib</i> <i>pms-Pazopanib</i> <i>Votrient</i>	EUGIA Ph Phmscience Novartis	02552957 02525666 02352303
PEGASPARGASE	Sol. inj.	750 U/mL (5 mL)	<i>Oncaspar</i>	Servier	02461900

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

PEMBROLIZUMAB	Sol. Perf. I.V.	25 mg/mL (4 mL)	<i>Keytruda</i>	Merck	02456869
PEMETREXED DISODIQUE	Pd. Perf. I.V.	100 mg	<i>Taro-Pemetrexed</i>	Taro	02429195
	Pd. Perf. I.V.	500 mg	<i>Taro-Pemetrexed</i>	Taro	02429209
	Pd. Perf. I.V.	1000 mg	<i>Taro-Pemetrexed</i>	Taro	02480492
PEMIGATINIB	Co.	4,5 mg	<i>Pemazyre</i>	Incyte	02519933
	Co.	9 mg	<i>Pemazyre</i>	Incyte	02519941
	Co.	13,5 mg	<i>Pemazyre</i>	Incyte	02519968
PERTUZUMAB	Sol. Perf. I.V.	30 mg/mL (14 mL)	<i>Perjeta</i>	Roche	02405016
PERTUZUMAB/TRASTUZUMAB	Trousse	30 mg/mL (14 mL) - 440 mg	<i>Perjeta - Herceptin emballage combiné</i>	Roche	02405024
POLATUZUMAB VÉDOTINE	Pd. Perf. I.V.	30 mg	<i>Polivy</i>	Roche	02515431
	Pd. Perf. I.V.	140 mg	<i>Polivy</i>	Roche	02499614
POMALIDOMIDE	Caps.	1 mg	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	02520427
			<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	02538059
			<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	02506394
			<i>Pomalyst</i>	Celgene	02419580
			<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	02504073
			<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	02523973
	Caps.	2 mg	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	02520435
			<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	02538075
			<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	02506408
			<i>Pomalyst</i>	Celgene	02419599
			<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	02504081
			<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	02523981
	Caps.	3 mg	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	02520443
			<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	02538083
			<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	02506416
			<i>Pomalyst</i>	Celgene	02419602
			<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	02504103
			<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	02524007
	Caps.	4 mg	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	02520451
			<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	02538091
			<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	02506424
			<i>Pomalyst</i>	Celgene	02419610
			<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	02504111
			<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	02524015
PORFIMER SODIQUE	Pd. Inj.	75 mg	<i>Photofrin</i>	Pinnacle	02019876
PRALATREXATE	Sol. Inj. I.V.	20 mg/mL (1 mL)	<i>Folotyn</i>	Servier	02481820
PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE)	Caps.	50 mg	<i>Matulane</i>	Sigma-Tau	00012750
QUIZARTINIB	Co.	17,7 mg	<i>Vanflyta</i>	Daiichi	02558351
	Co.	26,5 mg	<i>Vanflyta</i>	Daiichi	02558378
RALTITREXED	Pd. Inj.	2 mg	<i>Tomudex</i>	Pfizer	02229566
RAMUCIRUMAB	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (10 mL)	<i>Cyramza</i>	Lilly	02443805
	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (50 mL)	<i>Cyramza</i>	Lilly	99101318

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

RÉGORAFENIB (MONOHYDRATE DE) 	 Co.	40 mg	Stivarga	Bayer	02403390
RIBOCICLIB (SUCCINATE DE) 	 Co.	200 mg	Kisqali	Novartis	02473569
RIPRÉTINIB 	 Co.	50 mg	Qinlock	Medison	02500833
RITUXIMAB 	 Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL	Riximyo Ruxience Truxima Truxima	Sandoz Pfizer Teva Innov Teva Innov	02498316 02495724 02478382 02478390
RITUXIMAB (RITUXAN) 	 Sol. Inj. S.C.	120 mg/mL (11,7 mL)	Rituxan SC	Roche	02457350
RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE) 	 Co.	5 mg	Jakavi	Novartis	02388006
	 Co.	10 mg	Jakavi	Novartis	02434814
	 Co.	15 mg	Jakavi	Novartis	02388014
	 Co.	20 mg	Jakavi	Novartis	02388022
SACITUZUMAB GOVITECAN 	 Pd. Perf. I.V.	180 mg	Trodelvy	Gilead	02520788
SÉLINEXOR 	 Co.	20 mg	Xpovio	Forus	02527677
SELPERCATINIB 	 Caps.	40 mg	Retevmo	Lilly	02516918
	 Caps.	80 mg	Retevmo	Lilly	02516926
SÉLUMÉTINIB 	 Caps.	10 mg	Koselugo	Alexion	02530139
	 Caps.	25 mg	Koselugo	Alexion	02530147
SORAFENIB (TOSYLATE DE) 	 Co.	200 mg	Nexavar	Bayer	02284227
SUNITINIB (MALATE DE) 	 Caps.	12,5 mg	Auro-Sunitinib	AuroPharma	02532190
			NAT-Sunitinib	Natco	02552892
			Sandoz Sunitinib	Sandoz	02532840
			Sutent	Pfizer	02280795
			Taro-Sunitinib	Taro	02524058
			Teva-Sunitinib	Teva Can	02526204
	 Caps.	25 mg	Auro-Sunitinib	AuroPharma	02532204
			NAT-Sunitinib	Natco	02552906
			Sandoz Sunitinib	Sandoz	02532867
			Sutent	Pfizer	02280809
	 Caps.	50 mg	Taro-Sunitinib	Taro	02524066
			Teva-Sunitinib	Teva Can	02526212
			Auro-Sunitinib	AuroPharma	02532220
			NAT-Sunitinib	Natco	02539284
			Sandoz Sunitinib	Sandoz	02532883
	 Caps.		Sutent	Pfizer	02280817
			Taro-Sunitinib	Taro	02524082
			Teva-Sunitinib	Teva Can	02526220
TAFASITAMAB 	 Pd. Perf. I.V.	200 mg	Minjuvi	Incyte	02518627
TÉBENTAFUSP 	 Sol. Perf. I.V.	200 µg/mL (0,5 mL)	Kimmtrak	Medison	02527588
TÉCLISTAMAB 	 Sol. Inj. S.C.	10 mg/mL (3 mL)	Tecvayli	Janss. Inc	02539756
	 Sol. Inj. S.C.	90 mg/mL (1,7 mL)	Tecvayli	Janss. Inc	02539764

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

TÉMOZOLOMIDE 	Caps.	5 mg	Jamp Temozolomide Taro-Temozolomide Temodal Teva-Temozolomide	Jamp Taro Merck Teva Can	02516799 02443473 02241093 02441160
	Caps.	20 mg	Jamp Temozolomide Taro-Temozolomide Temodal Teva-Temozolomide	Jamp Taro Merck Teva Can	02516802 02443481 02241094 02395274
	Caps.	100 mg	Jamp Temozolomide Taro-Temozolomide Temodal Teva-Temozolomide	Jamp Taro Merck Teva Can	02516810 02443511 02241095 02395282
	Caps.	140 mg	Jamp Temozolomide Taro-Temozolomide Temodal Teva-Temozolomide	Jamp Taro Merck Teva Can	02516829 02443538 02312794 02395290
	Caps.	250 mg	Jamp Temozolomide Taro-Temozolomide Temodal Teva-Temozolomide	Jamp Taro Merck Teva Can	02516845 02443554 02241096 02395312
TEMSIROLIMUS 	 Sol. Inj. I.V.	25 mg/mL	Torisel	Pfizer	02304104
TENIPOSIDE 	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL	Vumon	B.M.S.	00588989
TEPOTINIB (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	225 mg	Tepmetko	Serono	02516322
THIOGUANINE 	Co.	40 mg	Lanvis	Aspen	00282081
TISAGENLECLEUCEL 	 Susp. Perf. I.V.	1 200 000 à 600 000 000 cellules CAR-T	Kymriah	Novartis	02480514
TOPOTÉCAN 	Pd. Inj.	4 mg	Act Topotecan pms-Topotecan Topotecan	Teva Can Phmscience Pfizer	02441071 02406446 02379422
TRAMÉTINIB 	 Co.	0,5 mg	Mekinist	Novartis	02409623
	 Co.	2 mg	Mekinist	Novartis	02409658
TRASTUZUMAB 	 Pd. Perf. I.V.	150 mg	Herzuma Kanjinti Ogivri Ontruzant Trazimera	Teva Innov Amgen BGP Pharma Organon Pfizer	02506211 02518244 02474425 02524317 02483475
	 Pd. Perf. I.V.	420 mg	Kanjinti	Amgen	02496690
	 Pd. Perf. I.V.	440 mg	Herzuma Ogivri Ontruzant Trazimera	Teva Innov Biocon Organon Pfizer	02480794 02474433 02524325 02483467
TRASTUZUMAB DÉRUXTÉCAN 	 Pd. Perf. I.V.	100 mg	Enhertu	AZC	02514400
TRASTUZUMAB EMTANSINE 	 Pd. Perf. I.V.	100 mg	Kadcyla	Roche	02412365
	 Pd. Perf. I.V.	160 mg	Kadcyla	Roche	02473224
TRÉMÉLIMUMAB 	 Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (1,25 mL et 15 mL)	Imjudo	AZC	02541009

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

10:00 ANTINÉOPLASIQUES (suite)

TRÉOSULFAN 	 Pd. Perf. I.V.	5g	<i>Trecondyv</i> <i>Tréosulfan pour injection</i>	Medexus Marcan	02517388 02560585
TRÉTINOÏNE 	Caps.	10 mg	<i>Jamp Tretinoin</i> <i>Vesanoid</i>	Jamp Cheplaphar	02520036 02145839
TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	15 mg - 6, 14 mg	<i>Lonsurf</i>	Taiho	02472104
	 Co.	20 mg - 8, 19 mg	<i>Lonsurf</i>	Taiho	02472112
TRIPTORÉLINE (PAMOATE DE) 	Trousse	3,75 mg	<i>Trelstar</i>	Knight	02240000
	Trousse	11,25 mg	<i>Trelstar LA</i>	Knight	02243856
	Trousse	22,5 mg	<i>Trelstar</i>	Knight	02412322
TUCATINIB 	 Co.	50 mg	<i>Tukysa</i>	Pfizer	02499827
	 Co.	150 mg	<i>Tukysa</i>	Pfizer	02499835
VÉMURAFÉNIB 	 Co.	240 mg	<i>Zelboraf</i>	Roche	02380242
VÉNÉTOCLAX 	 Co.	10 mg	<i>Venclexta</i>	AbbVie	02458039
	 Co.	50 mg	<i>Venclexta</i>	AbbVie	02458047
	 Co.	100 mg	<i>Venclexta</i>	AbbVie	02458055
	 Trousse (orale solide)	10 mg (14 Co.), 50 mg (7 Co.) et 100 mg (21 Co.)	<i>Venclexta</i>	AbbVie	02458063
VINBLASTINE (SULFATE DE) 	Sol. Inj. I.V.	1 mg/mL	<i>Vinblastine (sulfate de)</i> <i>Vinblastine Sulfate Injection</i>	Pfizer Teva Can	02183056 02401460
VINCRIStINE (SULFATE DE) 	Sol. Inj. I.V.	1 mg/mL	<i>Vincristine (sulfate de)</i> <i>Vincristine (sulfate de)</i>	Novopharm Pfizer	02143305 02183013
VINORELBINE (TARTRATE DE) 	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL	<i>Tartrate de vinorelbine pour injection</i>	Teva Can	02271214
VISMODEGIB 	 Caps.	150 mg	<i>Erivedge</i>	Roche	02409267
VORASIDENIB 	 Co.	10 mg	<i>Voranigo</i>	Servier	02551225
	 Co.	40 mg	<i>Voranigo</i>	Servier	02551233
ZANUBRUTINIB 	 Caps.	80 mg	<i>Brukinsa</i>	BeOne med	02512963
	 Co.	160 mg	<i>Brukinsa</i>	BeOne med	02554267
ZOLBÉTUXIMAB 	 Pd. Perf. I.V.	100 mg	<i>Vyloy</i>	Astellas	02553996
	 Pd. Perf. I.V.	300 mg	<i>Vyloy</i>	Astellas	02563916

12:00

médicaments autonomes

12:02	agents d'arrêt du tabagisme
12:04	agents parasymphomimétiques (cholinergiques)
12:08	agents anticholinergiques
12:08.08	antimuscariniques/antispasmodiques
12:12	agents sympathomimétiques (adrénergiques)
12:12.04	agonistes alpha-adrénergiques
12:12.08	agonistes bêta-adrénergiques
12:12.12	agonistes alpha et bêta-adrénergiques
12:16	agents sympatholytiques (inhib.récept.adrénerg.)
12:16.04	alphanbloquants
12:20	myorelaxants
12:20.04	myorelaxants à action centrale
12:20.08	myorelaxants à action directe
12:20.12	myorelaxants dérivés acide gamma-amin. (gaba)
12:20.20	agents bloquants neuromusculaires
12:20.92	myorelaxants, divers

12:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:02 AGENTS D'ARRÊT DU TABAGISME

NICOTINE	Gomme à mâcher	2 mg	Nicorette Menthe Nicotine gomme à mâcher Thrive	McNeil Co Cellchem Dr Reddy's	80069513 80086528 80000396
	Gomme à mâcher	4 mg	Nicorette Menthe Nicotine gomme à mâcher Thrive	McNeil Co Cellchem Dr Reddy's	80069471 80086508 80000402
	Past. Or.	1 mg	Thrive	Dr Reddy's	80007461
	Past. Or.	2 mg	Thrive	Dr Reddy's	80007464
	Timbre cut.	7 mg/24 h	AddictAid Nicotine Patch Habitrol Nicoderm	Cellchem Dr Reddy's McNeil Co	80130502 01943057 80044518
	Timbre cut.	14 mg/24 h	Habitrol Nicoderm	Dr Reddy's McNeil Co	01943065 80044503
	Timbre cut.	21 mg/24 h	Habitrol Nicoderm	Dr Reddy's McNeil Co	01943073 80044515
	Co.	0,5 mg	Apo-Varenicline Auro-Varenicline Mint-Varenicline NRA-Varenicline ZDS-Varenicline	Apotex AuroPharma Mint Nora Zydus Ph	02419882 02554445 02546949 02542951 02559897
	Co.	0,5 mg et 1 mg	Apo-Varenicline (trousse) Mint-Varenicline (trousse) NRA-Varenicline (trousse de départ)	Apotex Mint Nora	02435675 02546965 02542986
	Co.	1 mg	Apo-Varenicline Auro-Varenicline Mint-Varenicline NRA-Varenicline ZDS-Varenicline	Apotex AuroPharma Mint Nora Zydus Ph	02419890 02554453 02546957 02542978 02559900

12:04 AGENTS PARASYMPATHOMIMÉTIQUES (CHOLINERGIQUES)

AMIFAMPRIDINE 		Co.	10 mg	Ruzurgi	Medunik	02503034
AMIFAMPRIDINE (PHOSPHATE D') 		Co.	10 mg	Firdapse	Kye Pharma	02502984
BÉTHANÉCHOL (CHLORURE DE) 	Co.	10 mg	Duvoid	Knight	01947958	
	Co.	25 mg	Duvoid	Knight	01947931	
	Co.	50 mg	Duvoid	Knight	01947923	
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) 		Co.	5 mg	AG-Donepezil	Angita	02432684
			Apo-Donepezil	Apotex	02362260	
			Aricept	Pfizer	02232043	
			Auro-Donepezil	AuroPharma	02400561	
			Donepezil	Accord	02402645	
			Donepezil	Riva	02475278	
			Donepezil	Sanis	02426846	
			Donepezil	Sivem	02420597	
			Jamp-Donepezil Tablets	Jamp	02416948	
			Mar-Donepezil	Marcan	02402092	
			M-Donepezil	Mantra Ph.	02467453	
			Mint-Donepezil	Mint	02408600	
			NRA-Donepezil	Nora	02535386	
			pms-Donepezil	Phmscience	02322331	
			Sandoz Donepezil	Sandoz	02328666	
			Taro-Donepezil	Sun Pharma	02381508	
			Teva-Donepezil	Teva Can	02340607	

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:04 AGENTS PARASYMPATHOMIMÉTIQUES (CHOLINERGIQUES) (suite)

	Co.	10 mg	AG-Donepezil	Angita	02432692
			Apo-Donepezil	Apotex	02362279
			Aricept	Pfizer	02232044
			Auro-Donepezil	AuroPharma	02400588
			Donepezil	Accord	02402653
			Donepezil	Riva	02475286
			Donepezil	Sanis	02426854
			Donepezil	Sivem	02420600
			Jamp-Donepezil Tablets	Jamp	02416956
			Mar-Donepezil	Marcan	02402106
			M-Donepezil	Mantra Ph.	02467461
			Mint-Donepezil	Mint	02408619
			NRA-Donepezil	Nora	02535394
			pms-Donepezil	Phmscience	02322358
			Sandoz Donepezil	Sandoz	02328682
			Taro-Donepezil	Sun Pharma	02381516
			Teva-Donepezil	Teva Can	02340615
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE) 	Caps. L.A.	8 mg	Auro-Galantamine ER	AuroPharma	02425157
			Galantamine ER	Sanis	02443015
			Mylan-Galantamine ER	Mylan	02339439
	Caps. L.A.	16 mg	Auro-Galantamine ER	AuroPharma	02425165
			Galantamine ER	Sanis	02443023
			Mylan-Galantamine ER	Mylan	02339447
	Caps. L.A.	24 mg	Auro-Galantamine ER	AuroPharma	02425173
			Galantamine ER	Sanis	02443031
			Mylan-Galantamine ER	Mylan	02339455
NÉOSTIGMINE (MÉTHYLSULFATE DE) 	Sol. Inj.	0,5 mg/mL	Méthylsulfate de néostigmine pour injection	Jamp	02537516
			Neostigmine Omega	Oméga	02230593
			pms-Néostigmine	Phmscience	00868906
	Sol. Inj.	1 mg/mL	Neostigmine Omega	Oméga	02230592
			pms-Néostigmine	Phmscience	00868930
	Sol. Inj.	2,5 mg/mL	Neostigmine Omega	Oméga	02387166
PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	5 mg	Jamp Pilocarpine	Jamp	02509571
			M-Pilocarpine	Mantra Ph.	02496119
			Salagen	Amdipharm	02216345
PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE) 	Co.	60 mg	Jamp Pyridostigmine Bromide	Jamp	02508362
			Mestinon	Bausch H.	00869961
			Riva-Pyridostigmine	Riva	02495643
	Co. L.A.	180 mg	Mestinon Supraspan	Bausch H.	00869953
RIVASTIGMINE 	Caps.	1,5 mg	Apo-Rivastigmine	Apotex	02336715
			Exelon	Knight	02242115
			Jamp Rivastigmine	Jamp	02485362
			JAMP Rivastigmine Capsules	Jamp	02552256
			Med-Rivastigmine	GMP	02401614
			Sandoz Rivastigmine	Sandoz	02324563
	Caps.	3 mg	Apo-Rivastigmine	Apotex	02336723
			Exelon	Knight	02242116
			Jamp Rivastigmine	Jamp	02485370
			JAMP Rivastigmine Capsules	Jamp	02552264
			Med-Rivastigmine	GMP	02401622
			Sandoz Rivastigmine	Sandoz	02324571

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:04 AGENTS PARASYMPATHOMIMÉTIQUES (CHOLINERGIQUES) (suite)

☞	Caps.	4,5 mg	Apo-Rivastigmine	Apotex	02336731
			Exelon	Knight	02242117
			Jamp Rivastigmine	Jamp	02485389
			JAMP Rivastigmine Cap-sules	Jamp	02552272
			Med-Rivastigmine	GMP	02401630
			Sandoz Rivastigmine	Sandoz	02324598
☞	Caps.	6 mg	Apo-Rivastigmine	Apotex	02336758
			Exelon	Knight	02242118
			Jamp Rivastigmine	Jamp	02485397
			JAMP Rivastigmine Cap-sules	Jamp	02552280
			Med-Rivastigmine	GMP	02401649
			Sandoz Rivastigmine	Sandoz	02324601
☞	Sol. Orale	2 mg/mL	Exelon	Knight	02245240
☞	Timbre cut.	4,6 mg/24H	Exelon Patch 5	Knight	02302845
			Mylan-Rivastigmine Patch 5	Mylan	02423413
			Rivastigmine Patch 5	Phmscience	02479540
			Sandoz Rivastigmine Patch 5	Sandoz	02426293
☞	Timbre cut.	9,5 mg/24H	Exelon Patch 10	Knight	02302853
			Mylan-Rivastigmine Patch 10	Mylan	02423421
			Rivastigmine Patch 10	Phmscience	02479559
			Sandoz Rivastigmine Patch 10	Sandoz	02426307

12:08.08 ANTIMUSCARINIQUES/ANTISPASMODIQUES

ACLIDINIUM (BROMURE D') 	Pd. pour Inh. (App.)	400 mcg	Tudorza Genuair	Covis	02409720
ATROPINE (SULFATE D') 	Sol. Inj.	0,4 mg/mL	Atropine Atropine injectable	Sandoz Hikma	00392782 02432188
	Sol. Inj.	0,6 mg/mL	Atropine	Sandoz	00392693
DICYCLOMINE (CHLORHYDRATE DE)	Caps.	10 mg	Lomine 10 mg	Riva	00557102
	Co.	10 mg	Jamp-Dicyclomine HCL	Jamp	02391619
	Co.	20 mg	Jamp-Dicyclomine HCL	Jamp	02366088
GLYCOPYRROLATE 	Sol. Inj.	0,2 mg/mL	Glycopyrrolate injection	Oméga	02382857
			Glycopyrrolate injection	Sandoz	02039508
			Glycopyrrolate injection	Sterimax	02473879
			Glycopyrrolate injection	Sterimax	02473887
			Glycopyrrolate injection	Sterimax	02473895
			Glycopyrrolate Injection	Oméga	02382849
			Multidose		
			Injection de Glycopyrrolate	Jamp	02513749
			Injection de Glycopyrrolate	Jamp	02532379
	☞ Sol. Orale	0,2 mg/mL	Cuvposa	Medexus	02469332
GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 	Pd. pour Inh. (App.)	50 mcg/caps.	Seebri Breezhaler	Covis	02394936
HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')	Co.	10 mg	Buscopan	Sanofi San	00363812
	Sol. Inj.	20 mg/mL	Buscopan Butylbromure d'hyoscine	Sanofi San Sandoz	00363839 02229868

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:08.08 ANTIMUSCARINIQUES/ANTISPASMODIQUES (suite)

IPRATROPIUM (BROMURE D') 	Aéro. oral	0,02 mg/dose	<i>Atrovent HFA</i> <i>JAMP Ipratropium HFA</i>	Bo. Ing. Jamp	02247686 02542587
	Sol. pour Inh.	0,125 mg/mL (2 mL)	<i>pms-Ipratropium Polynebs</i>	Phmscience	02231135
	Sol. pour Inh.	0,25 mg/mL	<i>Apo-Ipravent</i> <i>pms-Ipratropium</i>	Apotex Phmscience	02126222 02231136
	Sol. pour Inh.	0,25 mg/mL (1 mL)	<i>pms-Ipratropium Polynebs</i> <i>Teva-Ipratropium Steri-nebs</i>	Phmscience Teva Can	02231244 02216221
	Sol. pour Inh.	0,25 mg/mL (2 mL)	<i>pms-Ipratropium Polynebs</i> <i>Teva-Ipratropium Steri-nebs</i>	Phmscience Teva Can	02231245 99002795
	Vap. nasal	0,03 %	<i>pms-Ipratropium</i>	Phmscience	02239627
SCOPOLAMINE (BROMHYDRATE DE)	Sol. Inj.	0,4 mg/mL	<i>Scopolamine Hydrobromide Injection</i>	Oméga	02242810
	Sol. Inj.	0,6 mg/mL	<i>Scopolamine Hydrobromide Injection</i>	Oméga	02242811
TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) 	Pd. pour Inh. (App.)	18 mcg	<i>Apo-Tiotropium (avec applicateur)</i>	Apotex	02550865
			<i>Lupin-Tiotropium (avec LupinHaler)</i>	Lupin	02537850
			<i>Spiriva (avec Handihaler)</i>	Bo. Ing.	02246793
	Pd. pour Inh. (Sans App.)	18 mcg	<i>Apo-Tiotropium</i>	Apotex	99114580
			<i>Lupin-Tiotropium</i> <i>Spiriva</i>	Lupin Bo. Ing.	99114582 99114581
	Sol. pour Inh. (App.)	2,5 mcg	<i>Spiriva Respimat</i>	Bo. Ing.	02435381
UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') 	Pd. pour Inh.	62,5 mcg	<i>Incruse Ellipta</i>	GSK	02423596
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE) 	 Pd. pour Inh. (App.)	25 mcg - 62,5 mcg - 100 mcg/dose	<i>Trelegy Ellipta</i>	GSK	02474522
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') 	 Pd. pour Inh. (App.)	25 mcg - 62,5 mcg/dose	<i>Anoro Ellipta</i>	GSK	02418401

12:12.04 AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	2,5 mg	<i>JAMP Midodrine</i> <i>Mar-Midodrine</i> <i>Midodrine</i> <i>Midodrine</i> <i>M-Midodrine</i>	Jamp Marcan Apotex Sanis Mantra Ph.	02517701 02473984 02278677 02533200 02547112
	Co.	5 mg	<i>JAMP Midodrine</i> <i>Mar-Midodrine</i> <i>Midodrine</i> <i>Midodrine</i> <i>M-Midodrine</i>	Jamp Marcan Apotex Sanis Mantra Ph.	02517728 02473992 02278685 02533219 02547120
PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Chlorhydrate de phényl-éphrine injectable</i>	Sterimax	02504545
			<i>Injection chlorhydrate de phényl-éphrine 1 %</i> <i>Phényl-éphrine</i>	Oméga Sandoz	02238400 01953583

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:12.08 AGONISTES BÊTA-ADRÉNERGIQUES

DOBUTAMINE (CHLORHYDRATE DE) 	Sol. Perf. I.V.	12,5 mg/mL	<i>Chlorhydrate de Dobutamine</i>	Novopharm	02228335
			<i>Dobutamine</i>	Pfizer	02210401
			<i>Dobutamine</i>	Sandoz	02242010
			<i>Dobutamine Injection</i>	Hikma	02462729
DOPAMINE (CHLORHYDRATE DE)/ DEXTROSE 	Sol. Perf. I.V.	1600 mcg -50 mg/mL	<i>Dopamine/Dextrose</i>	Baxter	00761826
	Sol. Perf. I.V.	3200 mcg -50 mg/mL	<i>Dopamine/Dextrose</i>	Baxter	00761834
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)   BUDÉSONIDE 	Pd. pour Inh.	6 mcg -100 mcg/dose	<i>Symbicort 100 Turbuhaler</i>	AZC	02245385
	 Pd. pour Inh.	6 mcg -200 mcg/dose	<i>Symbicort 200 Turbuhaler</i>	AZC	02245386
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)   BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 	Aéro. oral	5,0 mcg - 160 mcg - 7,2 mcg/dose	<i>Breztri Aerosphere</i>	AZC	02518058
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) 	Pd. pour Inh.	6 mcg/dose	<i>Oxeze Turbuhaler</i>	AZC	02237225
	Pd. pour Inh.	12 mcg/dose	<i>Oxeze Turbuhaler</i>	AZC	02237224
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)   MOMÉTASONE (FUROATE DE) 	Aéro. oral	5 mcg - 100 mcg	<i>Zenhale</i>	Organon	02361752
	 Aéro. oral	5 mcg - 200 mcg	<i>Zenhale</i>	Organon	02361760
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)/ MOMÉTASONE (FUROATE DE) 	 Pd. pour Inh. (App.)	150 mcg - 50 mcg - 160 mcg	<i>Enerzair Breezhaler</i>	Valeo	02501244
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)  	Pd. pour Inh. (App.)	150 mcg - 80 mcg	<i>Aectura Breezhaler</i>	Valeo	02498685
	 Pd. pour Inh. (App.)	150 mcg - 160 mcg	<i>Aectura Breezhaler</i>	Valeo	02498707
	 Pd. pour Inh. (App.)	150 mcg - 320 mcg	<i>Aectura Breezhaler</i>	Valeo	02498693
INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 	 Pd. pour Inh. (App.)	110 mcg - 50 mcg/caps.	<i>Ultibro Breezhaler</i>	Novartis	02418282
IPRATROPIUM (BROMURE D')/ SALBUTAMOL (SULFATE DE) 	Sol. pour Inh.	0,2 mg - 1 mg/mL (2,5 mL)	<i>Bromure d'ipratropium et salbutamol</i>	Juno	02483394
			<i>Teva-Combo Sterinebs</i>	Teva Can	02272695
ISOPROTÉRÉNOL (CHLORHYDRATE D') 	Sol. Inj.	0,2 mg/mL	<i>Isoprotérénol</i>	Sandoz	00897639
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/ TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) 	 Sol. pour Inh. (App.)	2,5 mcg - 2,5 mcg	<i>Inspiralto Respimat</i>	Bo. Ing.	02441888
SALBUTAMOL 	Aéro. oral	100 mcg/dose	<i>Airomir</i>	Bausch H.	02232570
			<i>Apo-Salbutamol HFA</i>	Apotex	02245669
			<i>Salbutamol HFA</i>	Sanis	02419858
			<i>Teva-Salbutamol HFA</i>	Teva Can	02326450
			<i>Ventolin HFA</i>	GSK	02241497
SALBUTAMOL (SULFATE DE) 	 Pd. pour Inh.	200 mcg/coque	<i>Ventolin Diskus</i>	GSK	02243115
	Sol. Perf. I.V.	1 mg/mL (1 mL)	<i>Ventolin</i>	GSK	02213451
	Sol. pour Inh.	0,5 mg/mL (2,5 mL)	<i>pms-Salbutamol Polynebs</i>	Phmscience	02208245

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:12.08 AGONISTES BÊTA-ADRÉNERGIQUES (suite)

	Sol. pour Inh.	1 mg/mL (2,5 mL)	<i>pms-Salbutamol Polynebs</i> <i>Teva-Salbutamol Steri-nebs P.F.</i>	Phmscience Teva Can	02208229 01926934
	Sol. pour Inh.	2 mg/mL (2,5 mL)	<i>pms-Salbutamol Polynebs</i> <i>Teva-Salbutamol Steri-nebs P.F.</i>	Phmscience Teva Can	02208237 02173360
	Sol. pour Inh.	5 mg/mL	<i>Ventolin</i>	GSK	02213486
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE) 	Pd. pour Inh.	50 mcg/dose	<i>Serevent Diskus</i>	GSK	02231129
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 	Aéro. oral	25 mcg - 125 mcg/dose	<i>Advair 125</i>	GSK	02245126
	Aéro. oral	25 mcg - 250 mcg/dose	<i>Advair 250</i>	GSK	02245127
	Pd. pour Inh.	50 mcg - 100 mcg/coque	<i>Advair Diskus 100</i> <i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i> <i>Wixela Inhub</i>	GSK Phmscience Mylan	02240835 02494507 02495597
	Pd. pour Inh.	50 mcg - 250 mcg/coque	<i>Advair Diskus 250</i> <i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i> <i>Wixela Inhub</i>	GSK Phmscience Mylan	02240836 02494515 02495600
	Pd. pour Inh.	50 mcg - 500 mcg/coque	<i>Advair Diskus 500</i> <i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i> <i>Wixela Inhub</i>	GSK Phmscience Mylan	02240837 02494523 02495619
TERBUTALINE (SULFATE DE) 	Pd. pour Inh.	0,5 mg/dose	<i>Bricanyl Turbuhaler</i>	AZC	00786616
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE) 	Pd. pour Inh. (App.)	25 mcg - 62,5 mcg - 100 mcg/dose	<i>Trelegy Ellipta</i>	GSK	02474522
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/ FLUTICASONE (FUROATE DE) 	Pd. pour Inh.	25 mcg - 100 mcg/dose	<i>Breo Ellipta</i>	GSK	02408872
	Pd. pour Inh.	25 mcg - 200 mcg/dose	<i>Breo Ellipta</i>	GSK	02444186

12:12.12 AGONISTES ALPHA ET BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ÉPHÉDRINE (SULFATE D')	Sol. Inj.	50 mg/mL	<i>Ephédrine</i>	Sandoz	00876534
ÉPINÉPHRINE	Sol. Inj. (App.)	0,15 mg/dose	<i>Allerject</i> <i>EpiPen Jr.</i>	Kaleo Pfizer	02382059 00578657
	Sol. Inj. (App.)	0,3 mg/dose	<i>Allerject</i> <i>EpiPen</i>	Kaleo Pfizer	02382067 00509558
ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')	Sol. Inj.	1 mg/mL	<i>Epinéphrine</i> <i>Epinéphrine</i>	Hikma Pfizer	02435810 00721891
	Sol. Inj. I.V.	0,1 mg/mL	<i>Epinéphrine</i>	Pfizer	00710814
NORÉPINÉPHRINE (BITARTRATE DE)	Sol. Inj.	1 mg/mL	<i>Bitartrate de norépinéphrine injectable</i>	Sterimax	02358743
	Susp. Perf. I.V.	1 mg/mL	<i>Norepinephrine</i>	Sandoz	00893285

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:16.04 ALPHABLOQUANTS

ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D') 	Co. L.A.	10 mg	<i>Alfuzosin</i>	Sanis	02519844
			<i>Alfuzosin</i>	Sivem	02447576
			<i>Apo-Alfuzosin</i>	Apotex	02315866
			<i>Auro-Alfuzosin</i>	AuroPharma	02443201
			<i>Sandoz Alfuzosin</i>	Sandoz	02304678
			<i>Xatral</i>	SanofiAven	02245565
DIHYDROERGOTAMINE (MÉSULATE DE) 	Sol. Inj.	1 mg/mL	<i>Dihydroergotamine</i>	Sterimax	00027243
	Vap. nasal	4 mg/mL	<i>Migranal</i>	Sterimax	02228947
SILODOSINE 	Caps.	4 mg	<i>Auro-Silodosin</i>	AuroPharma	02478501
			<i>Jamp Silodosin</i>	Jamp	02539519
			<i>pms-Silodosin</i>	Phmscience	02517779
			<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	02475421
	Caps.	8 mg	<i>Auro-Silodosin</i>	AuroPharma	02478528
			<i>Jamp Silodosin</i>	Jamp	02539527
			<i>pms-Silodosin</i>	Phmscience	02517787
			<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	02475448
TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps. L.A.	0,4 mg	<i>Jamp-Tamsulosin</i>	Jamp	02352419
			<i>Sandoz Tamsulosin</i>	Sandoz	02319217
	Co. L.A.	0,4 mg	<i>Apo-Tamsulosin CR</i>	Apotex	02362406
			<i>Auro-Tamsulosin CR</i>	AuroPharma	02545179
			<i>Sandoz Tamsulosin CR</i>	Sandoz	02340208
			<i>Tamsulosin CR</i>	Sanis	02427117
			<i>Tamsulosin CR</i>	Sivem	02429667
			<i>Teva-Tamsulosin CR</i>	Teva Can	02368242

12:20.04 MYORELAXANTS À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	10 mg	<i>AG-Cyclobenzaprine</i>	Angita	02485419
			<i>Apo-Cyclobenzaprine</i>	Apotex	02177145
			<i>Auro-Cyclobenzaprine</i>	AuroPharma	02348853
			<i>Cyclobenzaprine</i>	Sanis	02287064
			<i>Cyclobenzaprine</i>	Sivem	02424584
			<i>Flexeril</i>	Orimed	02495422
			<i>Jamp-Cyclobenzaprine</i>	Jamp	02357127
			<i>pms-Cyclobenzaprine</i>	Phmscience	02212048
			<i>Pro-Cyclobenzaprine</i>	Pro Doc	02220644
			<i>Riva-Cyclobenzaprine</i>	Riva	02242079
			<i>Teva-Cyclobenzaprine</i>	Teva Can	02080052
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	4 mg	<i>Mint-Tizanidine</i>	Mint	02536765
			<i>Tizanidine</i>	Apotex	02259893

12:20.08 MYORELAXANTS À ACTION DIRECTE

DANTROLÈNE SODIQUE 	Caps.	25 mg	<i>Dantrium</i>	Par Phm	01997602
	Pd. Inj. I.V.	0,333 mg/mL	<i>Dantrium</i>	JHP	01997572

12:20.12 MYORELAXANTS DÉRIVÉS ACIDE GAMMA-AMIN. (GABA)

BACLOFÈNE 	Co.	10 mg	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	02139332
			<i>Baclofen</i>	Sanis	02287021
			<i>Baclofen</i>	Sivem	02544660
			<i>JAMP Baclofen</i>	Jamp	02544482
			<i>Mylan-Baclofen</i>	Mylan	02088398
			<i>pms-Baclofen</i>	Phmscience	02063735
			<i>Pro-Baclofen</i>	Pro Doc	02152584
			<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	02242150

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

12:20.12 MYORELAXANTS DÉRIVÉS ACIDE GAMMA-AMIN. (GABA) (suite)

Co.	20 mg	<i>Apo-Baclofen</i> <i>Baclofen</i> <i>Baclofen</i> <i>JAMP Baclofen</i> <i>Mylan-Baclofen</i> <i>pms-Baclofen</i> <i>Pro-Baclofen</i> <i>Riva-Baclofen</i>	Apotex Sanis Sivem Jamp Mylan Phmscience Pro Doc Riva	02139391 02287048 02544679 02544490 02088401 02063743 02152592 02242151
Sol. Inj.	0,05mg/mL (1 mL)	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	02413620
Sol. Inj.	0,5 mg/mL (20 mL)	<i>Baclofen Injection</i> <i>Baclofène Intrathécale</i>	Sterimax Avir	02413639 02485508
Sol. Inj.	2 mg/mL (5 mL)	<i>Baclofen Injection</i> <i>Baclofène injectable</i>	Sterimax Jamp	02413647 02553341
Sol. Inj.	2 mg/mL (20 mL)	<i>Baclofène Intrathécale</i>	Avir	02485516

12:20.20 AGENTS BLOQUANTS NEUROMUSCULAIRES

ABOBOTULINUMTOXINA 	 Pd. Inj.	300 U	<i>Dysport Therapeutic</i>	Ipsen	02460203
	 Pd. Inj.	500 U	<i>Dysport Therapeutic</i>	Ipsen	02456117
CISATRACURIUM (BÉSYLATE DE) 	Sol. Inj.	2 mg/mL	<i>Cisatracurium omega mul-ti-dose</i> <i>Cisatracurium omega uni-dose</i>	Oméga Oméga	02408813 02408805
INCOBOTULINUMTOXINA 	 Pd. Inj.	50 U	<i>Xeomin</i>	Merz	02371081
	 Pd. Inj.	100 U	<i>Xeomin</i>	Merz	02324032
	 Pd. Inj.	200 U	<i>Xeomin</i>	Merz	02556227
ONABOTULINUMTOXINA 	 Pd. Inj.	50 U	<i>Botox</i>	AbbVie	02531577
	 Pd. Inj.	100 U	<i>Botox</i>	AbbVie	01981501
	 Pd. Inj.	200 U	<i>Botox</i>	AbbVie	02531585
ROCURONIUM (BROMURE DE) 	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL	<i>Bromure de rocuronium injectable</i> <i>Bromure de rocuronium pour injection</i> <i>Rocuronium Bromide In-jection</i> <i>Rocuronium Injection</i>	Juno Jamp AuroPharma Sandoz	02469774 02529831 02498820 02318415
SUCCINYLCHOLINE (CHLORURE DE) 	Sol. Inj. I.V.	20 mg/mL	<i>Chlorure de succinylcho-line injectable</i> <i>Chlorure de Succinylcho-line Injectable USP</i> <i>Quelicin</i> <i>Quelicin</i>	Dr Reddy's Hikma Abbott Pfizer	02501783 02422336 00640778 00038172

12:20.92 MYORELAXANTS, DIVERS

ORPHÉNADRINE (CITRATE D')	Co. L.A.	100 mg	<i>Sandoz Orphenadrine</i>	Sandoz	02243559

20:00

agents de formation du sang

20:04

médicaments antianémiques

20:04.04

préparations de fer

20:12

agents antithrombotiques

20:12.04

anticoagulants

20:12.14

agents antiplaquettaires

20:12.18

inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire

20:12.20

agents thrombolytiques

20:16

agents hématopoïétiques

20:24

agents hémorhéologiques

20:28

agents antihémorragiques

20:28.08

agents anti-héparine

20:28.16

hémostatiques

20:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:04.04 PRÉPARATIONS DE FER

CARBOXYMALTOSE FERRIQUE 	Sol. Inj. I.V.	50 mg (Fe)/mL	<i>Ferinject</i>	CSLBehring	02546078
DÉRISOMALTOSE FERRIQUE 	Sol. Inj. I.V.	100 mg (Fe)/mL	<i>Monoferic</i>	Pfizer	02477777
FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/ SUCROSE) 	Sol. Inj. I.V.	12,5 mg (Fe)/mL (5 mL)	<i>Ferlecit</i>	SanofiAven	02243333
FERREUX (SULFATE)	Co.	300 mg à 325 mg (Fe-60 mg à 65 mg)	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i> <i>M-Fer Sulfate</i> <i>pms-Ferrous Sulfate</i> <i>Sulfate Ferreux</i>	Jamp Mantra Ph. Phmscience Jamp	00031100 80057416 00586323 80024752
	Co. Ent.	300 mg à 325 mg (Fe-60 mg à 65 mg)	<i>Sulfate Ferreux (Co. Ent.)</i>	Vita	00782114
	Sir.	150 mg/5 mL (Fe-30 mg/5 mL)	<i>Fer-in-Sol</i> <i>Ferodan</i> <i>Pediafer Sirop</i>	M.J. Odan Exzell	00017884 00758469 02242863
	Sol. Orale	150 mg/5 mL (Fe-30 mg/5 mL)	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	80008295
	Sol. Orale Péd.	75 mg/mL (Fe-15 mg/mL)	<i>Fer-in-Sol</i> <i>Ferodan</i> <i>Jamp-Sulfate Ferreux</i> <i>Pediafer</i>	M.J. Odan Jamp Exzell	00762954 02237385 80008309 02232202
FER-SACCHAROSE	Sol. Inj. I.V.	20 mg (Fe)/mL (5 mL)	<i>pms-Iron Sucrose</i> <i>Venofer</i>	Phmscience Luitpold	02502917 02243716

20:12.04 ANTICOAGULANTS

APIXABAN 	Co.	2,5 mg	<i>ACH-Apixaban</i>	Accord	02487713
			<i>AG-Apixaban</i>	Angita	02529912
			<i>Apixaban</i>	Sanis	02548879
			<i>Apixaban</i>	Sivem	02530708
			<i>Apo-Apixaban</i>	Apotex	02487381
			<i>Auro-Apixaban</i>	AuroPharma	02486806
			<i>Bio-Apixaban</i>	Biomed	02527979
			<i>Eliquis</i>	B.M.S.	02377233
			<i>Jamp Apixaban</i>	Jamp	02528924
			<i>M-Apixaban</i>	Mantra Ph.	02529009
			<i>Mar-Apixaban</i>	Marcan	02492369
			<i>Mint-Apixaban</i>	Mint	02495430
			<i>NAT-Apixaban</i>	Natco	02492814
			<i>NB-Apixaban</i>	NB Pharma	02553635
			<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	02526050
			<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	02546884
			<i>Riva Apixaban</i>	Riva	02525518
			<i>Sandoz Apixaban SDZ</i>	Sandoz	02489228
			<i>Taro-Apixaban</i>	Sun Pharma	02510464
			<i>Teva-Apixaban</i>	Teva Can	02484994

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:12.04 ANTICOAGULANTS (suite)

	Co.	5 mg	ACH-Apixaban AG-Apixaban Apixaban Apixaban Apo-Apixaban Auro-Apixaban Bio-Apixaban Eliquis Jamp Apixaban M-Apixaban Mar-Apixaban Mint-Apixaban NAT-Apixaban NB-Apixaban NRA-Apixaban NRA-Apixaban Riva Apixaban Sandoz Apixaban SDZ Taro-Apixaban Teva-Apixaban	Accord Angita Sanis Sivem Apotex AuroPharma Biomed B.M.S. Jamp Mantra Ph. Marcan Mint Natco NB Pharma Nora Nora Riva Sandoz Sun Pharma Teva Can	02487721 02529920 02548887 02530716 02487403 02486814 02527987 02397714 02528932 02529017 02492377 02495449 02492822 02553643 02526069 02546892 02525526 02489236 02510472 02485001	
BIVALIRUDIN 		Pd. Inj. I.V.	250 mg	Angiomax Bivalirudin for Injection	Sandoz Forma Ph	02246533 02539586
		Sol. Inj. I.V.	5 mg/mL	Bivalirudine Injectable	Avir	02505517
DABIGATRAN ETEXILATE 		Caps.	110 mg	Apo-Dabigatran Pradaxa	Apotex Bo. Ing.	02468905 02312441
		Caps.	150 mg	Apo-Dabigatran Pradaxa	Apotex Bo. Ing.	02468913 02358808
DALTÉPARINE SODIQUE 		Sol. Inj.	25 000 U/mL	Fragmin	Pfizer	02231171
		Sol. Inj. (ser)	3500 UI/0,28 mL	Fragmin	Pfizer	02430789
		Sol. Inj. S.C. (ser)	2 500 UI/0,2 mL	Fragmin	Pfizer	02132621
		Sol. Inj. S.C. (ser)	5 000 UI/0,2 mL	Fragmin	Pfizer	02132648
		Sol. Inj. S.C. (ser)	7 500 UI/0,3 ml	Fragmin	Pfizer	02352648
		Sol. Inj. S.C. (ser)	10 000 UI/0,4 mL	Fragmin	Pfizer	02352656
		Sol. Inj. S.C. (ser)	12 500 UI/0,5 mL	Fragmin	Pfizer	02352664
		Sol. Inj. S.C. (ser)	15 000 UI/0,6 mL	Fragmin	Pfizer	02352672
		Sol. Inj. S.C. (ser)	16 500 UI/0,66 mL	Fragmin	Pfizer	02494582
		Sol. Inj. S.C. (ser)	18 000 UI/0,72 mL	Fragmin	Pfizer	02352680
DANAPAROIDE SODIQUE 		Sol. Inj.	750 U/0,6 mL	Orgaran	Aspen	02129043
EDOXABAN 		Co.	15 mg	Sandoz Edoxaban Teva-Edoxaban	Sandoz Teva Can	02553414 02554208
		Co.	30 mg	JAMP Edoxaban Sandoz Edoxaban Teva-Edoxaban	Jamp Sandoz Teva Can	02557282 02553422 02554216
		Co.	60 mg	JAMP Edoxaban Sandoz Edoxaban Teva-Edoxaban	Jamp Sandoz Teva Can	02557290 02553430 02554224
ÉNOXAPARINE SODIQUE 		Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL	Redesca	Valeo	02509121

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:12.04 ANTICOAGULANTS (suite)

Sol. Inj. S.C. (ser)	30 mg/0,3 mL	<i>Axberi Elonox Inclunox Noromby Redesca</i>	Baxter Fresenius Sandoz Juno Valeo	02539977 02532247 02507501 02506459 02509075
Sol. Inj. S.C. (ser)	40 mg/0,4 mL	<i>Axberi Elonox Inclunox Noromby Redesca</i>	Baxter Fresenius Sandoz Juno Valeo	02539985 02532255 02507528 02506467 02509083
Sol. Inj. S.C. (ser)	60 mg/0,6 mL	<i>Axberi Elonox Inclunox Noromby Redesca</i>	Baxter Fresenius Sandoz Juno Valeo	02540002 02532263 02507536 02506475 02509091
Sol. Inj. S.C. (ser)	80 mg/0,8 mL	<i>Axberi Elonox Inclunox Noromby Redesca</i>	Baxter Fresenius Sandoz Juno Valeo	02540010 02532271 02507544 02506483 02509105
Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/1,0 mL	<i>Axberi Elonox Inclunox Noromby Redesca</i>	Baxter Fresenius Sandoz Juno Valeo	02540045 02532298 02507552 02506491 02509113
Sol. Inj. S.C. (ser)	120 mg/0,8 mL	<i>Axberi HP Elonox HP Inclunox HP Noromby HP Redesca HP</i>	Baxter Fresenius Sandoz Juno Valeo	02540029 02532301 02507560 02506505 02509148
Sol. Inj. S.C. (ser)	150 mg/1,0 mL	<i>Axberi HP Elonox HP Inclunox HP Noromby HP Redesca HP</i>	Baxter Fresenius Sandoz Juno Valeo	02540037 02532328 02507579 02506513 02509156
Sol. Inj. S.C. (ser)	2,5 mg/0,5 mL	<i>Arixtra Solution injectable de fon- daparinux sodique</i>	Aspen Dr Reddy's	02245531 02406853
Sol. Inj. S.C. (ser)	7,5 mg/0,6 mL	<i>Arixtra Solution injectable de fon- daparinux sodique</i>	Aspen Dr Reddy's	02258056 02406896
Sol. Inj.	100 U/mL	<i>Héparine Léo</i>	Leo	00727520
Sol. Inj.	1 000 U/mL	<i>Heparin sodium Héparine Injection d'héparine sodi- que USP</i>	Fresenius Leo Sandoz	02264315 00453811 02303086
Sol. Inj.	10 000 U/mL	<i>Heparin Heparin sodium Héparine sodique injecta- ble, USP Injection d'héparine sodi- que USP Injection d'héparine sodi- que USP</i>	Fresenius Fresenius Pfizer Sandoz Sandoz	02392453 02264307 02382326 02303094 02303108
Sol. Inj. S.C. (ser)	10 000 U/mL (0,5 mL)	<i>Héparine sodique injecta- ble Héparine sodique injecta- ble USP</i>	Sterimax Sterinova	02548488 02456958

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:12.04 ANTICOAGULANTS (suite)

	Sol. rinçage ser. (Étab.)	10 U/mL (3 et 5 mL)	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	99113758
	Sol. rinçage ser. (Étab.)	100 U/mL (3 et 5 mL)	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	99113760
HÉPARINE SODIQUE/ DEXTROSE	Sol. Perf. I.V.	40 U-50 mg/mL	<i>Heparin sodium - 5% Dextrose</i>	B. BRAUN	02209713
	Sol. Perf. I.V.	50 U-50 mg/mL	<i>Heparin sodium - 5% Dextrose</i>	B. BRAUN	01935941
	Sol. Perf. I.V.	100 U-50 mg/ml	<i>Heparin sodium - 5% Dextrose</i>	B. BRAUN	02209721
HÉPARINE SODIQUE/ SODIUM (CHLORURE DE)	Sol. Perf. I.V.	2 U-9 mg/mL	<i>Héparine sodique et NaCl 0.9%</i>	Baxter	00828750
			<i>Héparine sodique/chlorure de sodium</i>	Pfizer	01990748
NADROPARINE CALCIQUE 	Sol. Inj. S.C. (ser)	2850 U/0,3 mL	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	02236913
	Sol. Inj. S.C. (ser)	3800 U/0,4 mL	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	02450623
	Sol. Inj. S.C. (ser)	5700 U/0,6 mL	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	02450631
	Sol. Inj. S.C. (ser)	9500 U/1,0 mL	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	02450658
	Sol. Inj. S.C. (ser)	11 400 U/0,6 mL	<i>Fraxiparine Forte</i>	Aspen	02450674
	Sol. Inj. S.C. (ser)	15 200 U/0,8 mL	<i>Fraxiparine Forte</i>	Aspen	02450666
	Sol. Inj. S.C. (ser)	19 000 U/1,0 mL	<i>Fraxiparine Forte</i>	Aspen	02240114
RIVAROXABAN 	 Co.	2,5 mg	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	02555255
			<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	02541734
			<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	02549328
			<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	02553368
			<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	02551608
			<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	02555107
			<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	02527537
			<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	02524503
			<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	02540835
			<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	02547899
			<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	02541467
			<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	02537877
			<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	02526786
			<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	02547295
			<i>Xarelto</i>	Bayer	02480808
	Co.	10 mg	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	02527995
			<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	02470497
			<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	02549336
			<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	02516292
			<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	02551616
			<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	02555115
			<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	02512041
			<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	02472414
			<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	02540843
			<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	02547902
			<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	02541475
			<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	02482223
			<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	02483807
			<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	02507196
			<i>Xarelto</i>	Bayer	02316986

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:12.04 ANTICOAGULANTS (suite)

Co.	15 mg	<i>AG-Rivaroxaban</i> <i>Apo-Rivaroxaban</i> <i>Bio-Rivaroxaban</i> <i>JAMP Rivaroxaban</i> <i>M-Rivaroxaban</i> <i>NB-Rivaroxaban</i> <i>pms-Rivaroxaban</i> <i>Reddy-Rivaroxaban</i> <i>Riva Rivaroxaban</i> <i>Rivaroxaban</i> <i>Rivaroxaban</i> <i>Sandoz Rivaroxaban</i> <i>Taro-Rivaroxaban</i> <i>Teva-Rivaroxaban</i> <i>Xarelto</i>	Angita Apotex Biomed Jamp Mantra Ph. NB Pharma Phmscience Dr Reddy's Riva Sanis Sivem Sandoz Taro Teva Can Bayer	02528002 02470500 02549344 02516306 02551624 02555123 02512068 02472430 02540851 02547910 02541483 02482231 02483815 02507218 02378604

Co.	20 mg	<i>AG-Rivaroxaban</i> <i>Apo-Rivaroxaban</i> <i>Bio-Rivaroxaban</i> <i>JAMP Rivaroxaban</i> <i>M-Rivaroxaban</i> <i>NB-Rivaroxaban</i> <i>pms-Rivaroxaban</i> <i>Reddy-Rivaroxaban</i> <i>Riva Rivaroxaban</i> <i>Rivaroxaban</i> <i>Rivaroxaban</i> <i>Sandoz Rivaroxaban</i> <i>Taro-Rivaroxaban</i> <i>Teva-Rivaroxaban</i> <i>Xarelto</i>	Angita Apotex Biomed Jamp Mantra Ph. NB Pharma Phmscience Dr Reddy's Riva Sanis Sivem Sandoz Taro Teva Can Bayer	02528010 02470519 02549352 02516314 02551632 02555131 02512076 02472422 02540878 02547929 02541491 02482258 02483823 02507226 02378612

TINZAPARINE SODIQUE

Sol. Inj. S.C.	10 000 UI/mL	<i>Innohep</i>	Leo	02167840
Sol. Inj. S.C.	20 000 UI/mL (2 mL)	<i>Innohep</i>	Leo	02229515
Sol. Inj. S.C. (ser)	2 500 UI/0,25 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02229755
Sol. Inj. S.C. (ser)	3 500 UI/0,35 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02358158
Sol. Inj. S.C. (ser)	4 500 UI/0,45 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02358166
Sol. Inj. S.C. (ser)	8 000 UI/0,4 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02429462
Sol. Inj. S.C. (ser)	10 000 UI/0,5 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02231478
Sol. Inj. S.C. (ser)	12 000 UI/0,6 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02429470
Sol. Inj. S.C. (ser)	14 000 UI/0,7 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02358174
Sol. Inj. S.C. (ser)	16 000 UI/0,8 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02429489
Sol. Inj. S.C. (ser)	18 000 UI/0,9 mL	<i>Innohep</i>	Leo	02358182

WARFARINE SODIQUE

Co.	1 mg	<i>Apo-Warfarin</i> <i>Taro-Warfarin</i>	Apotex Taro	02242924 02242680
Co.	2 mg	<i>Apo-Warfarin</i> <i>Taro-Warfarin</i>	Apotex Taro	02242925 02242681
Co.	2,5 mg	<i>Apo-Warfarin</i> <i>Taro-Warfarin</i>	Apotex Taro	02242926 02242682
Co.	3 mg	<i>Apo-Warfarin</i> <i>Taro-Warfarin</i>	Apotex Taro	02245618 02242683
Co.	4 mg	<i>Apo-Warfarin</i> <i>Taro-Warfarin</i>	Apotex Taro	02242927 02242684
Co.	5 mg	<i>Apo-Warfarin</i> <i>Taro-Warfarin</i>	Apotex Taro	02242928 02242685

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:12.04 ANTICOAGULANTS (suite)

Co.	6 mg	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	02242686
Co.	7,5 mg	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	02242697
Co.	10 mg	<i>Apo-Warfarin</i> <i>Taro-Warfarin</i>	Apotex Taro	02242929 02242687

20:12.14 AGENTS ANTIPLAQUETTAIRES

ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D') 	Caps.	0,5 mg	<i>pms-Anagrelide</i>	Phmscience	02274949

20:12.18 INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

CLOPIDOGREL (BISULFATE DE) 	Co.	75 mg	<i>AG-Clopidogrel</i> <i>Apo-Clopidogrel</i> <i>Auro-Clopidogrel</i> <i>Bio-Clopidogrel</i> <i>Clopidogrel</i> <i>Clopidogrel</i> <i>Jamp-Clopidogrel</i> <i>Mar-Clopidogrel</i> <i>M-Clopidogrel</i> <i>Mint-Clopidogrel</i> <i>NRA-Clopidogrel</i> <i>Plavix</i> <i>Pms-Clopidogrel</i> <i>Riva-Clopidogrel</i> <i>Taro-Clopidogrel</i> <i>Teva Clopidogrel</i>	Angita Apotex AuroPharma Biomed Sanis Sivem Jamp Marcan Mantra Ph. Mint Nora SanofiAven Phmscience Riva Sun Pharma Teva Can	02431971 02252767 02416387 02444895 02400553 02385813 02415550 02422255 02502283 02408910 02482037 02238682 02348004 02388529 02379813 02293161

EPTIFIBATIDE 	Sol. Inj. I.V.	0,75 mg/mL	<i>Eptifibatide injectable</i>	Juno	02540819
	Sol. Inj. I.V.	2 mg/mL	<i>Eptifibatide injectable</i>	Juno	02540827

PRASUGREL 	 Co.	10 mg	<i>Jamp Prasugrel</i>	Jamp	02502429

TICAGRÉLOR 	 Co.	90 mg	<i>AG-Ticagrelor</i> <i>Apo-Ticagrelor</i> <i>Brilinta</i> <i>JAMP Ticagrelor</i> <i>M-Ticagrelor</i> <i>Taro-Ticagrelor</i>	Angita Apotex AZC Jamp Mantra Ph. Taro	02537192 02482630 02368544 02531801 02529769 02492598

20:12.20 AGENTS THROMBOLYTIQUES

ALTEPLASE 	Pd. Inj.	2 mg	<i>Cathflo</i>	Roche	02245859
	Pd. Inj. I.V.	50 mg	<i>Activase rt-PA</i>	Roche	02225689
	Pd. Inj. I.V.	100 mg	<i>Activase rt-PA</i>	Roche	02147440

DÉFIBROTIDE SODIQUE 	 Sol. Perf. I.V.	80 mg/mL (2,5 mL)	<i>Defitelio</i>	Jazz	02465981

TENECTEPLASE 	Pd. Inj. I.V.	50 mg	<i>TNKase</i>	Roche	02244826

20:16 AGENTS HÉMATOPOÏÉTIQUES

DARBÉPOÉTINE ALFA 	 Seringue	10 mcg/0,4 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02392313
	 Seringue	20 mcg/0,5 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02392321
	 Seringue	30 mcg/0,3 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02392348
	 Seringue	40 mcg/0,4 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391740

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:16 AGENTS HÉMATOPOÏÉTIQUES (suite)

	☞ Seringue	50 mcg/0,5 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391759
	☞ Seringue	60 mcg/0,3 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02392356
	☞ Seringue	80 mcg/0,4 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391767
	☞ Seringue	100 mcg/0,5 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391775
	☞ Seringue	130 mcg/0,65 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391783
	☞ Seringue	150 mcg/0,3 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391791
	☞ Seringue	200 mcg/0,4 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391805
	☞ Seringue	300 mcg/0,6 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02391821
	☞ Seringue	500 mcg/1,0 mL	<i>Aranesp</i>	Amgen	02392364
ELTROMBOPAG 	☞ Co.	25 mg	<i>Apo-Eltrombopag Revolade</i>	Apotex Novartis	02506742 02361825
	☞ Co.	50 mg	<i>Apo-Eltrombopag Revolade</i>	Apotex Novartis	02506769 02361833
ÉPOÉTINE ALFA 	☞ Seringue	1 000 UI/0,5 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02231583
	☞ Seringue	2 000 UI/0,5 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02231584
	☞ Seringue	3 000 UI/0,3 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02231585
	☞ Seringue	4 000 UI/0,4 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02231586
	☞ Seringue	5 000 UI/0,5 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02243400
	☞ Seringue	6 000 UI/0,6 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02243401
	☞ Seringue	8 000 UI/0,8 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02243403
	☞ Seringue	10 000 UI/1,0 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02231587
	☞ Seringue	20 000 UI/0,5 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02243239
	☞ Seringue	30 000 UI/0,75 mL	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02288680
	☞ Seringue	40 000 UI/mL (1 mL)	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	02240722
FILGRASTIM 	Sol. inj.	300 mcg/mL (1,0 mL)	<i>Nivestym</i>	Pfizer	02485591
	Sol. inj.	300 mcg/mL (1,6 mL)	<i>Nivestym</i>	Pfizer	02485656
	Sol. Inj. (ser)	600 mcg/mL (0,5 mL)	<i>Filra Grastofil Nivestym Nypozi</i>	Jamp Apotex Pfizer Tanvex	02556537 02441489 02485575 02520990
	Sol. Inj. (ser)	600 mcg/mL (0,8 mL)	<i>Filra Grastofil Nivestym Nypozi</i>	Jamp Apotex Pfizer Tanvex	02556545 02454548 02485583 02521008
LUSPATERCEPT 	☞ Pd. Inj. S.C.	25 mg	<i>Reblozyl</i>	B.M.S.	02505541
	☞ Pd. Inj. S.C.	75 mg	<i>Reblozyl</i>	B.M.S.	02505568
PEGFILGRASTIM 	Sol. Inj. S.C. (ser)	10 mg/mL (0,6 mL)	<i>Fulphila Lapelga Niopeg Nyvepria Pexegra Ziextenzo</i>	Biocon Apotex Nora Pfizer Jamp Sandoz	02484153 02474565 02546973 02506238 02553945 02497395

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

20:16 AGENTS HÉMATOPOÏÉTIQUES (suite)

	Sol. Inj. S.C. (stylo)	10 mg/mL (0,6 mL)	<i>Lapega</i>	Apotex	02529343
PLÉRIXAFOR	Sol. Inj. S.C.	20 mg/mL (1,2 mL)	<i>Mozobil</i> <i>Plérixafor pour injection</i>	SanofiAven Jamp	02377225 02529815

20:24 AGENTS HÉMORHÉOLOGIQUES

PENTOXIFYLLINE	Co. L.A.	400 mg	<i>JAMP Pentoxifylline SR</i> <i>Pentoxifylline SR</i>	Jamp AA Pharma	02543087 02230090

20:28.08 AGENTS ANTI-HÉPARINE

PROTAMINE (SULFATE DE)	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL	<i>Protamine Sulfate</i> <i>Sulfate de Protamine</i> <i>Sulfate de Protamine</i>	Fresenius Oméga Sandoz	02139537 02240618 02231674

20:28.16 HÉMOSTATIQUES

TRANEXAMIQUE (ACIDE)	Co.	500 mg	<i>Acide Tranexamique</i> <i>Cyklokapron</i> <i>GD-Tranexamic Acid</i> <i>Mar-Tranexamic Acid</i> <i>M-Tranexamic Acid</i> <i>Tranexamic Acide</i>	Sterimax Pfizer GenMed Marcan Mantra Ph. Jamp	02401231 02064405 02409097 02496232 02549395 02519194
	Sol. Inj. I.V.	100 mg/mL	<i>Acide Tranexamique</i> <i>Acide Tranexamique In- jectable</i> <i>Acide tranexamique pour injection</i> <i>Acide tranexamique pour injection BP</i> <i>Cyklokapron</i>	Sandoz Oméga Jamp Sterimax Pfizer	02246365 02392763 02497328 02386933 02064413

24:00

médicaments cardiovasculaires

24:04

médicaments pour le coeur

24:04.04

agents anti-arythmiques

24:04.08

agents cardiotoniques

24:04.92

médicaments pour le coeur, divers

24:06

agents hypolipidémiants

24:06.04

chélateurs des acides biliaires

24:06.05

inhibiteurs de l'absorption du cholestérol

24:06.06

dérivés de l'acide fibrique

24:06.08

inhibiteurs de l'hmg-coa réductase

24:06.24

inh. pcsk9 (proprot. conv. subt./kexine t.9)

24:06.92

agents hypolipidémiants, divers

24:08

agents vasodilatateurs

24:08.08

nitrate et nitrite

24:08.12

inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5

24:08.16

vasodilatateurs à action directe

24:08.92

agents vasodilatateurs, divers

24:12

agents sclérosants

24:16

alphanbloquants

24:20

bêta-bloquants

24:00

24:24	agonistes alpha-adrénergiques
24:28	inhibiteurs calciques
24:28.08	dihydropyridines
24:28.92	inhibiteurs calciques, divers
24:32	inhib. système rénine-angiotensine-aldostérone
24:32.04	inhib. enzyme de conversion de l'angiotensine
24:32.08	antagonistes des récepteurs de l'angiotensine ii
24:32.12	récept. angiotensine ii antago./inhi. néprolysine
24:32.20	antagonistes des récepteurs de l'aldostérone

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:04.04 AGENTS ANTI-ARYTHMIQUES

ADÉNOSINE	Sol. Inj. I.V.	3 mg/mL	Adenosine Injection	Fresenius	02267659
AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')	Co.	100 mg	pms-Amiodarone	Phmscience	02292173
	Co.	200 mg	Amiodarone	Sanis	02364336
			Amiodarone	Sivem	02385465
			Apo-Amiodarone	Apotex	02246194
			JAMP Amiodarone	Jamp	02531844
			pms-Amiodarone	Phmscience	02242472
			Riva-Amiodarone	Riva	02247217
			Sandoz Amiodarone	Sandoz	02243836
			Teva-Amiodarone	Teva Can	02239835
	Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL	Amiodarone	Fresenius	02245248
			Amiodarone (Chlorhydrate d')	Sandoz	02242325
			Chlorhydrate d'amiodarone pour injection	Jamp	02423227
DISOPYRAMIDE	Caps.	100 mg	Rythmodan	Cheplaphar	02224801
FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE)	Co.	50 mg	AG-Flecainide	Angita	02516063
			Auro-Flecainide	AuroPharma	02459957
			Flecainide	Apotex	02275538
			Flecainide	Sanis	02534800
			Jamp Flecainide	Jamp	02493705
			Mar-Flecainide	Marcan	02476177
			NRA-Flecainide	Nora	02530066
	Co.	100 mg	AG-Flecainide	Angita	02516071
			Auro-Flecainide	AuroPharma	02459965
			Flecainide	Apotex	02275546
			Flecainide	Sanis	02534819
			Jamp Flecainide	Jamp	02493713
			Mar-Flecainide	Marcan	02476185
			NRA-Flecainide	Nora	02530074
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj. I.V.	20 mg/mL	Lidocaïne	Pfizer	00436208
			Xylocard 100 mg	Aspen	00001937
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)/ DEXTROSE	Sol. Perf. I.V.	4 mg -50 mg/mL	Lidocaïne 0.4% (1 g) et Dextrose 5%	Baxter	00828602
MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	Caps.	100 mg	Mint-Mexiletine	Mint	02536846
			Teva-Mexiletine	Teva Can	02230359
	Caps.	200 mg	Mint-Mexiletine	Mint	02536854
			Teva-Mexiletine	Teva Can	02230360
PROCAÏNAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj. I.V.	100 mg/mL	Procaïnamide injection	Sandoz	02184486
PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	150 mg	Apo-Propafenone	Apotex	02243324
			Mylan-Propafenone	Mylan	02457172
			Rythmol	BGP Pharma	00603708
	Co.	300 mg	Apo-Propafenone	Apotex	02243325
			Mylan-Propafenone	Mylan	02457164
			Rythmol	BGP Pharma	00603716

24:04.08 AGENTS CARDIOTONIQUES

DIGOXINE	Co.	0,0625 mg	Auro-Digoxin	AuroPharma	02554399
			Jamp Digoxin	Jamp	02498502
			pms-Digoxin	Phmscience	02335700

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:04.08 AGENTS CARDIOTONIQUES (suite)

	Co.	0,125 mg	<i>Auro-Digoxin Jamp Digoxin pms-Digoxin</i>	AuroPharma Jamp Phmscience	02554402 02498510 02335719
	Sol. Inj. I.V.	0,25 mg/mL	<i>Digoxine Lanoxin</i>	Sandoz Virco	02048264 02242319
	Sol. Orale	0,05 mg/mL	<i>pms-Digoxin</i>	Phmscience	02242320
MILRINONE (LACTATE DE) 	Sol. Inj. I.V.	1 mg/mL	<i>Lactate de milrinone in- jectable Milrinone Lactate Injection</i>	Marcan Fresenius	02521407 02244622

24:04.92 MÉDICAMENTS POUR LE COEUR, DIVERS

IVABRADINE (CHLORHYDRATE D') 	 Co.	5 mg	<i>Lancora</i>	Servier	02459973
	 Co.	7,5 mg	<i>Lancora</i>	Servier	02459981
MAVACAMTEN 	 Caps.	2,5 mg	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	02532549
	 Caps.	5 mg	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	02532557
	 Caps.	10 mg	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	02532565
	 Caps.	15 mg	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	02532573
TAFAMIDIS 	 Caps.	61 mg	<i>Vyndamax</i>	Pfizer	02517841
TAFAMIDIS MÉGLUMINE 	 Caps.	20 mg	<i>Vyndaqel</i>	Pfizer	02495732

24:06.04 CHÉLATEURS DES ACIDES BILIAIRES

CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE) 	Pd. Orale	4 g/sac.	<i>Cholestyramine-Odan Jamp-Cholestyramine Olestyr</i>	Odan Jamp Phmscience	02455609 02478595 02210320
COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	625 mg	<i>Apo-Colesevelam Lodalis</i>	Apotex Bausch H.	02494051 02373955

24:06.05 INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL

ÉZÉTIMIBE 	Co.	10 mg	<i>ACH-Ezetimibe</i>	Accord	02425610
			<i>AG-Ezetimibe</i>	Angita	02475898
			<i>Apo-Ezetimibe</i>	Apotex	02427826
			<i>Auro-Ezetimibe</i>	AuroPharma	02469286
			<i>Bio-Ezetimibe</i>	Biomed	02425211
			<i>Ezetimibe</i>	Riva	02478544
			<i>Ezetimibe</i>	Sanis	02431300
			<i>Ezetimibe</i>	Sivem	02429659
			<i>Ezetrol</i>	Organon	02247521
			<i>GLN-Ezetimibe</i>	Glenmark	02460750
			<i>Jamp-Ezetimibe</i>	Jamp	02423235
			<i>Mar-Ezetimibe</i>	Marcan	02422662
			<i>M-Ezetimibe</i>	Mantra Ph.	02467437
			<i>Mint-Ezetimibe</i>	Mint	02423243
			<i>NRA-Ezetimibe Tablets</i>	Nora	02536420
			<i>NRA-Ezetimibe</i>	Nora	02481669
			<i>pms-Ezetimibe</i>	Phmscience	02416409
			<i>Ran-Ezetimibe</i>	Ranbaxy	02419548
			<i>Sandoz Ezetimibe</i>	Sandoz	02416778
			<i>Teva-Ezetimibe</i>	Teva Can	02354101

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:06.06 DÉRIVÉS DE L'ACIDE FIBRIQUE

BÉZAFIBRATE 	Co. L.A.	400 mg	<i>Bezalip S.R.</i> <i>Jamp-Bezafibrate SR</i>	Aralez Jamp	02083523 02453312
FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ) 	Co.	100 mg	<i>AA-Feno Super</i>	AA Pharma	02246859
FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ OU MICROENROBÉ OU MICRONISÉ) 	Caps.	200 mg	<i>Feno-Micro (200 mg)</i>	AA Pharma	02239864
	Co.	145 mg	<i>Lipidil EZ (145 mg)</i> <i>Sandoz Fenofibrate E (145 mg)</i> <i>Taro-Fenofibrate E (145 mg)</i>	BGP Pharma Sandoz Sun Pharma	02269082 02390701 02454696
	Co.	160 mg	<i>AA-Feno Super</i> <i>Lipidil Supra (160 mg)</i> <i>Teva-Fenofibrate-S (160 mg)</i>	AA Pharma BGP Pharma Novopharm	02246860 02241602 02289091
	Co.	48 mg	<i>Lipidil EZ</i> <i>Sandoz Fenofibrate E</i>	BGP Pharma Sandoz	02269074 02390698
GEMFIBROZIL 	Caps.	300 mg	<i>Novo-Gemfibrozil</i>	Novopharm	02241704
	Co.	600 mg	<i>Teva-Gemfibrozil</i>	Teva Can	02142074

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE 	Co.	5 mg - 10 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvas-tatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Ator-vastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411253 02273233 02362759
	Co.	5 mg - 20 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvas-tatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Ator-vastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411261 02273241 02362767
	Co.	5 mg - 40 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvas-tatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Ator-vastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411288 02273268 02362775
	Co.	5 mg - 80 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvas-tatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Ator-vastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411296 02273276 02362783
	Co.	10 mg - 10 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvas-tatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Ator-vastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411318 02273284 02362791
	Co.	10 mg - 20 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvas-tatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Ator-vastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411326 02273292 02362805
	Co.	10 mg - 40 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvas-tatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Ator-vastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411334 02273306 02362813

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE (suite)

	Co.	10 mg - 80 mg	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i> <i>Caduet</i> <i>Mylan-Amlodipine/Atorvastatin</i>	Apotex BGP Pharma Mylan	02411342 02273314 02362821
ATORVASTATINE CALCIQUE 	Co.	10 mg	<i>ACH-Atorvastatin</i> <i>Apo-Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin-10</i> <i>Auro-Atorvastatin</i> <i>Bio-Atorvastatin</i> <i>Jamp Atorvastatin</i> <i>JAMP Atorvastatin Tablets</i> <i>Jamp-Atorvastatin</i> <i>Lipitor</i> <i>Mar-Atorvastatin</i> <i>M-Atorvastatin</i> <i>Mint-Atorvastatin</i> <i>Mylan-Atorvastatin</i> <i>NRA-Atorvastatin</i> <i>pms-Atorvastatin</i> <i>pmsc-Atorvastatin</i> <i>PRZ-Atorvastatin</i> <i>Reddy-Atorvastatin</i> <i>Riva-Atorvastatin</i> <i>Sandoz Atorvastatin</i> <i>Taro-Atorvastatin</i> <i>Teva-Atorvastatin</i>	Accord Apotex Angita Nora Riva Sanis Teva Can Sivem AuroPharma Biomed Jamp Jamp Jamp BGP Pharma Marcan Mantra Ph. Mint Mylan Nora Phmscience Phmscience Pharmaris Dr Reddy's Riva Sandoz Sun Pharma Teva Can	02457741 02295261 02506076 02496607 02475022 02348705 02545462 02411350 02407256 02481189 02503387 02504197 02391058 02230711 02454017 02471167 02479508 02392933 02476517 02477149 02507234 02521555 02417936 02422751 02324946 02313707 02310899
	Co.	20 mg	<i>ACH-Atorvastatin</i> <i>Apo-Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin</i> <i>Atorvastatin-20</i> <i>Auro-Atorvastatin</i> <i>Bio-Atorvastatin</i> <i>Jamp Atorvastatin</i> <i>JAMP Atorvastatin Tablets</i> <i>Jamp-Atorvastatin</i> <i>Lipitor</i> <i>Mar-Atorvastatin</i> <i>M-Atorvastatin</i> <i>Mint-Atorvastatin</i> <i>Mylan-Atorvastatin</i> <i>NRA-Atorvastatin</i> <i>pms-Atorvastatin</i> <i>pmsc-Atorvastatin</i> <i>PRZ-Atorvastatin</i> <i>Reddy-Atorvastatin</i> <i>Riva-Atorvastatin</i> <i>Sandoz Atorvastatin</i> <i>Taro-Atorvastatin</i> <i>Teva-Atorvastatin</i>	Accord Apotex Angita Nora Riva Sanis Teva Can Sivem AuroPharma Biomed Jamp Jamp Jamp BGP Pharma Marcan Mantra Ph. Mint Mylan Nora Phmscience Phmscience Pharmaris Dr Reddy's Riva Sandoz Sun Pharma Teva Can	02457768 02295288 02506084 02496615 02475030 02348713 02545470 02411369 02407264 02481197 02503395 02504200 02391066 02230713 02454025 02471175 02479516 02392941 02476525 02477157 02507242 02521563 02417944 02422778 02324954 02313715 02310902

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE (suite)

	Co.	40 mg	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	02457776
			<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	02295296
			<i>Atorvastatin</i>	Angita	02506092
			<i>Atorvastatin</i>	Nora	02496623
			<i>Atorvastatin</i>	Riva	02475049
			<i>Atorvastatin</i>	Sanis	02348721
			<i>Atorvastatin</i>	Teva Can	02545489
			<i>Atorvastatin-40</i>	Sivem	02411377
			<i>Auro-Atorvastatin</i>	AuroPharma	02407272
			<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	02481200
			<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	02503409
			<i>JAMP Atorvastatin Tablets</i>	Jamp	02504219
			<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	02391074
			<i>Lipitor</i>	BGP Pharma	02230714
			<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	02454033
			<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	02471183
			<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	02479524
			<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	02392968
			<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	02476533
			<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	02477165
			<i>pmsc-Atorvastatin</i>	Phmscience	02507250
			<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	02521571
			<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	02417952
			<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	02422786
			<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	02324962
			<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	02313723
			<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	02310910
	Co.	80 mg	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	02457784
			<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	02295318
			<i>Atorvastatin</i>	Angita	02506106
			<i>Atorvastatin</i>	Nora	02496631
			<i>Atorvastatin</i>	Riva	02475057
			<i>Atorvastatin</i>	Sanis	02348748
			<i>Atorvastatin</i>	Teva Can	02545497
			<i>Atorvastatin-80</i>	Sivem	02411385
			<i>Auro-Atorvastatin</i>	AuroPharma	02407280
			<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	02481219
			<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	02503417
			<i>JAMP Atorvastatin Tablets</i>	Jamp	02504235
			<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	02391082
			<i>Lipitor</i>	BGP Pharma	02243097
			<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	02454041
			<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	02471191
			<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	02479532
			<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	02392976
			<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	02476541
			<i>pmsc-Atorvastatin</i>	Phmscience	02507269
			<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	02521598
			<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	02417960
			<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	02422794
			<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	02324970
			<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	02313758
			<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	02310929
FLUVASTATINE SODIQUE 	Caps.	20 mg	<i>Teva Fluvastatin</i>	Teva Can	02299224
	Caps.	40 mg	<i>Teva Fluvastatin</i>	Teva Can	02299232
LOVASTATINE 	Co.	20 mg	<i>Lovastatin</i>	AA Pharma	02220172
	Co.	40 mg	<i>Lovastatin</i>	AA Pharma	02220180

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE (suite)

PRAVASTATINE SODIQUE 	Co.	10 mg	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	02440644
			<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	02476142
			<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	02243506
			<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	02458977
			<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	02446251
			<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	02330954
			<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	02317451
			<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	02476274
			<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	02535653
			<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	02247655
			<i>Pravastatin</i>	Sanis	02356546
			<i>Pravastatin</i>	Sivem	02389703
			<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	02243824
			<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	02468700
			<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	02284421
			<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	02247008
	Co.	20 mg	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	02440652
			<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	02476150
			<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	02243507
			<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	02458985
			<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	02446278
			<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	02330962
			<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	02317478
			<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	02476282
			<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	02535661
			<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	02247656
			<i>Pravastatin</i>	Sanis	02356554
			<i>Pravastatin</i>	Sivem	02389738
			<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	02243825
			<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	02468719
			<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	02284448
			<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	02247009
	Co.	40 mg	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	02440660
			<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	02476169
			<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	02243508
			<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	02458993
			<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	02446286
			<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	02330970
			<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	02317486
			<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	02476290
			<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	02535688
			<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	02247657
			<i>Pravastatin</i>	Sanis	02356562
			<i>Pravastatin</i>	Sivem	02389746
			<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	02243826
			<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	02468727
			<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	02284456
			<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	02247010

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE (suite)

ROSUVASTATINE CALCIQUE 	Co.	5 mg	ACH-Rosuvastatin	Accord	02438917
			AG-Rosuvastatin Calcium	Angita	02500132
			Apo-Rosuvastatin	Apotex	02337975
			Auro-Rosuvastatin	AuroPharma	02442574
			Bio-Rosuvastatin	Biomed	02444968
			Crestor	AZC	02265540
			Jamp Rosuvastatin Calcium	Jamp	02498332
			Mint-Rosuvastatin	Mint	02397781
			M-Rosuvastatin	Mantra Ph.	02496534
			NB-Rosuvastatin	NB Pharma	02555492
			NRA-Rosuvastatin	Nora	02536595
			pms-Rosuvastatin	Phmscience	02378523
			Pro-Rosuvastatin	Pro Doc	02381176
			PRZ-Rosuvastatin	Pharmaris	02505576
			Riva-Rosuvastatin	Riva	02380013
			Rosuvastatin	Nora	02496054
			Rosuvastatin	Sanis	02405628
			Rosuvastatin	Sivem	02411628
			Sandoz Rosuvastatin	Sandoz	02338726
			Taro-Rosuvastatin	Sun Pharma	02382644
			Teva Rosuvastatin	Teva Can	02354608
	Co.	10 mg	ACH-Rosuvastatin	Accord	02438925
			AG-Rosuvastatin Calcium	Angita	02500140
			Apo-Rosuvastatin	Apotex	02337983
			Auro-Rosuvastatin	AuroPharma	02442582
			Bio-Rosuvastatin	Biomed	02444976
			Crestor	AZC	02247162
			Jamp Rosuvastatin Calcium	Jamp	02498340
			Mint-Rosuvastatin	Mint	02397803
			M-Rosuvastatin	Mantra Ph.	02496542
			NB-Rosuvastatin	NB Pharma	02555506
			NRA-Rosuvastatin	Nora	02536609
			pms-Rosuvastatin	Phmscience	02378531
			Pro-Rosuvastatin	Pro Doc	02381184
			PRZ-Rosuvastatin	Pharmaris	02505584
			Riva-Rosuvastatin	Riva	02380056
			Rosuvastatin	Nora	02496089
			Rosuvastatin	Sanis	02405636
			Rosuvastatin	Sivem	02411636
			Sandoz Rosuvastatin	Sandoz	02338734
			Taro-Rosuvastatin	Sun Pharma	02382652
			Teva Rosuvastatin	Teva Can	02354616
	Co.	20 mg	ACH-Rosuvastatin	Accord	02438933
			AG-Rosuvastatin Calcium	Angita	02500159
			Apo-Rosuvastatin	Apotex	02337991
			Auro-Rosuvastatin	AuroPharma	02442590
			Bio-Rosuvastatin	Biomed	02444984
			Crestor	AZC	02247163
			Jamp Rosuvastatin Calcium	Jamp	02498359
			Mint-Rosuvastatin	Mint	02397811
			M-Rosuvastatin	Mantra Ph.	02496550
			NB-Rosuvastatin	NB Pharma	02555514
			NRA-Rosuvastatin	Nora	02536625
			pms-Rosuvastatin	Phmscience	02378558
			Pro-Rosuvastatin	Pro Doc	02381192
			PRZ-Rosuvastatin	Pharmaris	02505592
			Riva-Rosuvastatin	Riva	02380064
			Rosuvastatin	Nora	02496070
			Rosuvastatin	Sanis	02405644
			Rosuvastatin	Sivem	02411644
			Sandoz Rosuvastatin	Sandoz	02338742
			Taro-Rosuvastatin	Sun Pharma	02382660
			Teva Rosuvastatin	Teva Can	02354624

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE (suite)

	Co.	40 mg	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	02438941
			<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	02500167
			<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	02338009
			<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	02442604
			<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	02444992
			<i>Crestor</i>	AZC	02247164
			<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	02498367
			<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	02397838
			<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	02496569
			<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	02555522
			<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	02536633
			<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	02378566
			<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	02381206
			<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	02505606
			<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	02380102
			<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	02405652
			<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	02411652
			<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	02338750
			<i>Taro-Rosuvastatin</i>	Sun Pharma	02382679
			<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	02354632
SIMVASTATINE 	Co.	5 mg	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	02480050
			<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	02247011
			<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	02405148
			<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	02375591
			<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	02372932
			<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	02469979
			<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	02549638
			<i>Simvastatin</i>	Sanis	02284723
			<i>Simvastatin</i>	Sivem	02386291
			<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	02329131
			<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	02250144
	Co.	10 mg	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	02480069
			<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	02247012
			<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	02405156
			<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	02375605
			<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	02372940
			<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	02469987
			<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	02549646
			<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	02247221
			<i>Simvastatin</i>	Sanis	02284731
			<i>Simvastatin</i>	Sivem	02386305
			<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	02329158
			<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	02250152
			<i>Zocor</i>	Organon	00884332
	Co.	20 mg	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	02480077
			<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	02247013
			<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	02405164
			<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	02375613
			<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	02372959
			<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	02469995
			<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	02549654
			<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	02247222
			<i>Simvastatin</i>	Sanis	02284758
			<i>Simvastatin</i>	Sivem	02386313
			<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	02329166
			<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	02250160
			<i>Zocor</i>	Organon	00884340

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:06.08 INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE (suite)

Co.	40 mg	AG-Simvastatin	Angita	02480085
		Apo-Simvastatin	Apotex	02247014
		Auro-Simvastatin	AuroPharma	02405172
		Jamp-Simvastatin	Jamp	02375621
		Mint-Simvastatin	Mint	02372967
		Pharma-Simvastatin	Phmscience	02470004
		pmsc-Simvastatin	Phmscience	02549662
		Pro-Simvastatin	Pro Doc	02247223
		Simvastatin	Sanis	02284766
		Simvastatin	Sivem	02386321
		Taro-Simvastatin	Sun Pharma	02329174
		Teva-Simvastatin	Teva Can	02250179
		Zocor	Organon	00884359
Co.	80 mg	AG-Simvastatin	Angita	02480093
		Apo-Simvastatin	Apotex	02247015
		Auro-Simvastatin	AuroPharma	02405180
		Jamp-Simvastatin	Jamp	02375648
		Mint-Simvastatin	Mint	02372975
		Pharma-Simvastatin	Phmscience	02470012
		pmsc-Simvastatin	Phmscience	02549670
		Simvastatin	Sanis	02284774
		Simvastatin	Sivem	02386348
		Taro-Simvastatin	Sun Pharma	02329182
		Teva-Simvastatin	Teva Can	02250187

24:06.24 INH. PCSK9 (PROT. CONV. SUBT./KEXINE T.9)

ALIROCUMAB 		Sol. Inj. S.C. (stylo) 75 mg/mL (1 mL)	Praluent	SanofiAven	02453819
		Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/mL (1 mL)	Praluent	SanofiAven	02453835
		Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/mL (2 mL)	Praluent	SanofiAven	02547732
ÉVOLOCUMAB 		Sol. Inj. S.C. (stylo) 140 mg/mL (1 mL)	Repatha	Amgen	02446057

24:06.92 AGENTS HYPOLIPIDÉMIANTS, DIVERS

ÉVINACUMAB 		Sol. Perf. I.V. 150 mg/mL (2,3 mL)	Evkeeza	Ultragenyx	02541769
ICOSAPENT ÉTHYLE 		Caps. 1 g	Vascepa	HLS	02495244
INCLISIRAN 		Sol. Inj. S.C. (ser) 189 mg/mL (1,5 mL)	Leqvio	Novartis	02518376
LOMITAPIDE (MÉSYLATE DE) 		Caps. 5 mg	Juxtapid	Medison	02420341
		Caps. 10 mg	Juxtapid	Medison	02420376
		Caps. 20 mg	Juxtapid	Medison	02420384

24:08.08 NITRATES ET NITRITES

DINITRATE D'ISOSORBIDE	Co.	10 mg	Isdn	AA Pharma	00441686
	Co.	30 mg	Isdn	AA Pharma	00441694
ISOSORBIDE-5-MONONITRATE 	Co. L.A.	60 mg	Apo-ISMN pms-ISMN	Apotex Phmscience	02272830 02301288
OXYDE NITRIQUE 		Gaz 100 ppm	INOmax	INO Th.	02270838
		Gaz 800 ppm	INOmax	INO Th.	02270846
TRINITRATE DE GLYCÉRYLE	Pulv. S.- Ling.	0,4 mg	Nitrolingual Pompe Rho-Nitro	SanofiAven Sandoz	02231441 02238998

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:08.08 NITRATES ET NITRITES (suite)

	Sol. Perf. I.V.	1 mg/mL	<i>Nitroject</i>	Oméga	00614262
	Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL	<i>Nitroject</i>	Oméga	00778869
	Timbre cut.	0,2 mg/h	<i>Mylan-Nitro Patch 0.2</i> <i>Nitro-Dur</i> <i>Trinipatch</i>	Mylan Dr Reddy's Paladin	02407442 01911910 02230732
	Timbre cut.	0,4 mg/h	<i>Mylan-Nitro Patch 0.4</i> <i>Nitro-Dur</i> <i>Trinipatch</i>	Mylan Dr Reddy's Paladin	02407450 01911902 02230733
	Timbre cut.	0,6 mg/h	<i>Mylan-Nitro Patch 0.6</i> <i>Nitro-Dur</i> <i>Trinipatch</i>	Mylan Dr Reddy's Paladin	02407469 01911929 02230734
	Timbre cut.	0,8 mg/h	<i>Mylan-Nitro Patch 0.8</i> <i>Nitro-Dur</i>	Mylan Dr Reddy's	02407477 02011271
TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)	Co. S-Ling.	0,3 mg	<i>Nitrostat</i>	BGP Pharma	00037613
	Co. S-Ling.	0,6 mg	<i>Nitrostat</i>	BGP Pharma	00037621

24:08.12 INHIBITEURS DE LA PHOSPHODIESTÉRASE DE TYPE 5

SILDÉNAFIL (CITRATE DE) 	 Co.	20 mg	<i>Jamp-Sildenafil R</i> <i>pms-Sildenafil R</i> <i>Revatio</i> <i>Teva-Sildenafil R</i>	Jamp Phmscience BGP Pharma Teva Can	02469669 02412179 02279401 02319500
TADALAFIL 	 Co.	20 mg	<i>Apo-Tadalafil PAH</i>	Apotex	02421933

24:08.16 VASODILATATEURS À ACTION DIRECTE

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D') 	Co.	10 mg	<i>Apo-Hydralazine</i> <i>Hydralazine</i> <i>Jamp-Hydralazine</i> <i>Mint-Hydralazine</i>	Apotex Sanis Jamp Mint	00441619 02539802 02457865 02468778
	Co.	25 mg	<i>Apo-Hydralazine</i> <i>Hydralazine</i> <i>Jamp-Hydralazine</i> <i>Mint-Hydralazine</i>	Apotex Sanis Jamp Mint	00441627 02539810 02457873 02468786
	Sol. Inj.	20 mg/mL	<i>Apresoline</i>	Sterimax	00723754
MINOXIDIL 	Co.	2,5 mg	<i>Loniten</i>	Pfizer	00514497
	Co.	10 mg	<i>Loniten</i>	Pfizer	00514500

24:08.92 AGENTS VASODILATATEURS, DIVERS

ALPROSTADIL 	Sol. Perf. I.V.	0,5 mg/mL	<i>Prostin VR</i>	Pfizer	00559253
DIPYRIDAMOLE 	Sol. Inj.	5 mg/mL	<i>Dipyridamole</i>	Fresenius	02244475
DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE) 	 Caps.	200 mg L.A. - 25 mg	<i>Taro-Dipyridamole/ASA</i>	Taro	02471051
ÉPOPROSTÉNOLO SODIQUE 	 Pd. Inj.	0,5 mg	<i>Caripul</i> <i>Flolan</i>	Janss. Inc GSK	02397447 02230845
	 Pd. Inj.	1,5 mg	<i>Caripul</i> <i>Flolan</i>	Janss. Inc GSK	02397455 02230848

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:08.92 AGENTS VASODILATATEURS, DIVERS (suite)

PAPAVÉRINE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj.	32,5 mg/mL	<i>Papaverine</i>	Sandoz	00009881
TREPROSTINIL SODIQUE 	 Sol. Inj.	1 mg/mL	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	02246552
	 Sol. Inj.	2,5 mg/mL	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	02246553
	 Sol. Inj.	5 mg/mL	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	02246554
	 Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	02246555
VÉRICIGUAT 	 Co.	2,5 mg	<i>Verquvo</i>	Bayer	02537044
	 Co.	5 mg	<i>Verquvo</i>	Bayer	02537052
	 Co.	10 mg	<i>Verquvo</i>	Bayer	02537060

24:12 AGENTS SCLÉROSANTS

TÉTRADÉCYLSULFATE DE SODIUM	Sol. Inj. I.V.	1 %	<i>Tromboject</i>	Oméga	00511234
	Sol. Inj. I.V.	3 %	<i>Tromboject</i>	Oméga	00511226

24:16 ALPHABLOQUANTS

DOXAZOSINE (MÉSULATE DE) 	Co.	1 mg	<i>Apo-Doxazosin</i> <i>Jamp-Doxazosin</i> <i>Teva-Doxazosin</i>	Apotex Jamp Teva Can	02240588 02489937 02242728
	Co.	2 mg	<i>Apo-Doxazosin</i> <i>Jamp-Doxazosin</i> <i>Teva-Doxazosin</i>	Apotex Jamp Teva Can	02240589 02489945 02242729
	Co.	4 mg	<i>Apo-Doxazosin</i> <i>Jamp-Doxazosin</i> <i>Teva-Doxazosin</i>	Apotex Jamp Teva Can	02240590 02489953 02242730
PRAZOSIN (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	1 mg	<i>Apo-Prazo</i> <i>Teva-Prazosin</i>	Apotex Teva Can	00882801 01934198
	Co.	2 mg	<i>Apo-Prazo</i> <i>Teva-Prazosin</i>	Apotex Teva Can	00882828 01934201
	Co.	5 mg	<i>Apo-Prazo</i> <i>Teva-Prazosin</i>	Apotex Teva Can	00882836 01934228
TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	1 mg	<i>Apo-Terazosin</i> <i>pms-Terazosin</i>	Apotex Phmscience	02234502 02243518
	Co.	2 mg	<i>Apo-Terazosin</i> <i>pms-Terazosin</i>	Apotex Phmscience	02234503 02243519
	Co.	5 mg	<i>Apo-Terazosin</i> <i>pms-Terazosin</i>	Apotex Phmscience	02234504 02243520
	Co.	10 mg	<i>Apo-Terazosin</i> <i>pms-Terazosin</i>	Apotex Phmscience	02234505 02243521

24:20 BÊTA-BLOQUANTS

ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D') 	Co.	100 mg	<i>Apo-Acébutolol</i> <i>Teva-Acebutolol</i>	Apotex Teva Can	02147602 02204517
	Co.	200 mg	<i>Apo-Acébutolol</i> <i>Teva-Acebutolol</i>	Apotex Teva Can	02147610 02204525
	Co.	400 mg	<i>Apo-Acébutolol</i> <i>Teva-Acebutolol</i>	Apotex Teva Can	02147629 02204533

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:20 BÊTA-BLOQUANTS (suite)

ATÉNOLOL

Co.	25 mg	AG-Atenolol	Angita	02369176
		Atenolol	Sivem	02541564
		Jamp-Atenolol	Jamp	02367556
		Mar-Atenolol	Marcan	02371979
		Mint-Atenolol	Mint	02368013
		pms-Atenolol	Phmscience	02246581
		Riva-Atenolol	Riva	02277379
		Taro-Atenolol	Sun Pharma	02373963
Co.	50 mg	Teva-Atenolol	Teva Can	02266660
		AG-Atenolol	Angita	02369184
		Apo-Atenolol	Apotex	00773689
		Atenolol	Sanis	02466465
		Atenolol	Sivem	02238316
		Jamp-Atenolol	Jamp	02367564
		Mar-Atenolol	Marcan	02371987
		Mint-Atenolol	Mint	02368021
		pms-Atenolol	Phmscience	02237600
		Pro-Atenolol	Pro Doc	00828807
		Riva-Atenolol	Riva	02242094
		Taro-Atenolol	Sun Pharma	02267985
		Tenormin	Search Phm	02039532
Co.	100 mg	Teva-Atenolol	Teva Can	02171791
		AG-Atenolol	Angita	02369192
		Apo-Atenolol	Apotex	00773697
		Atenolol	Sanis	02466473
		Atenolol	Sivem	02238318
		Jamp-Atenolol	Jamp	02367572
		Mar-Atenolol	Marcan	02371995
		Mint-Atenolol	Mint	02368048
		pms-Atenolol	Phmscience	02237601
		Pro-Atenolol	Pro Doc	00828793
		Riva-Atenolol	Riva	02242093
		Taro-Atenolol	Sun Pharma	02267993
		Tenormin	Search Phm	02039540
		Teva-Atenolol	Teva Can	02171805

BISOPROLOL (FUMARATE DE)

Co.	1,25 mg	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	02544245
Co.	2,5 mg	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	02544253
Co.	5 mg	AG-Bisoprolol	Angita	02521156
		Apo-Bisoprolol	Apotex	02256134
		Bisoprolol	Sanis	02391589
		Bisoprolol	Sivem	02495562
		Jamp Bisoprolol	Jamp	02518805
		Mint-Bisoprolol	Mint	02465612
		pms-Bisoprolol	Phmscience	02302632
		PRZ-Bisoprolol	Pharmaris	02541394
		Sandoz Bisoprolol	Sandoz	02494035
		Teva-Bisoprolol	Teva Can	02267470
Co.	10 mg	AG-Bisoprolol	Angita	02521164
		Apo-Bisoprolol	Apotex	02256177
		Bisoprolol	Sanis	02391597
		Bisoprolol	Sivem	02495570
		Jamp Bisoprolol	Jamp	02518791
		Mint-Bisoprolol	Mint	02465620
		pms-Bisoprolol	Phmscience	02302640
		PRZ-Bisoprolol	Pharmaris	02541408
		Sandoz Bisoprolol	Sandoz	02494043
		Teva-Bisoprolol	Teva Can	02267489

CARVÉDILOL

Co.	3,125 mg	Apo-Carvédilol	Apotex	02247933
		Auro-Carvedilol	AuroPharma	02418495
		Carvedilol	Sanis	02364913
		Carvedilol	Sivem	02248752
		Jamp-Carvedilol	Jamp	02368897
		pms-Carvédilol	Phmscience	02245914
		Teva-Carvédilol	Teva Can	02252309

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:20 BÊTA-BLOQUANTS (suite)

	Co.	6,25 mg	<i>Apo-Carvédilol</i> <i>Auro-Carvédilol</i> <i>Carvedilol</i> <i>Carvedilol</i> <i>Jamp-Carvédilol</i> <i>pms-Carvédilol</i> <i>Teva-Carvédilol</i>	Apotex AuroPharma Sanis Sivem Jamp Phmscience Teva Can	02247934 02418509 02364921 02248753 02368900 02245915 02252317
	Co.	12,5 mg	<i>Apo-Carvédilol</i> <i>Auro-Carvédilol</i> <i>Carvedilol</i> <i>Carvedilol</i> <i>Jamp-Carvédilol</i> <i>pms-Carvédilol</i> <i>Teva-Carvédilol</i>	Apotex AuroPharma Sanis Sivem Jamp Phmscience Teva Can	02247935 02418517 02364948 02248754 02368919 02245916 02252325
	Co.	25 mg	<i>Auro-Carvédilol</i> <i>Carvedilol</i> <i>Carvedilol</i> <i>Jamp-Carvédilol</i> <i>pms-Carvédilol</i> <i>Teva-Carvédilol</i>	AuroPharma Sanis Sivem Jamp Phmscience Teva Can	02418525 02364956 02248755 02368927 02245917 02252333
ESMOLOL (CHLORHYDRATE D') 	 Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Brevibloc</i>	Baxter	02053179
LABETALOL (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	100 mg	<i>Apo-Labetalol</i> <i>Riva-Labetalol</i> <i>Trandate</i>	Apotex Riva Knight	02243538 02489406 02106272
	Co.	200 mg	<i>Apo-Labetalol</i> <i>Riva-Labetalol</i> <i>Trandate</i>	Apotex Riva Knight	02243539 02489414 02106280
	Sol. Inj. I.V.	5 mg/mL	<i>Chlorhydrate de labétalol injectable</i> <i>Chlorhydrate de labétalol injection</i> <i>Labetalol</i>	Sterimax Jamp Sandoz	02385120 02541505 02231689
	Co.	25 mg	<i>AG-Metoprolol-L</i> <i>Apo-Metoprolol</i> <i>Jamp-Metoprolol-L</i> <i>Metoprolol-L</i> <i>pms-Metoprolol-L 25 mg</i> <i>Pro-Metoprolol</i> <i>Riva-Metoprolol-L</i> <i>Teva-Metoprolol</i>	Angita Apotex Jamp Sivem Phmscience Pro Doc Riva Teva Can	02481308 02246010 02356813 02442116 02248855 02296713 02315300 02261898
	Co.	50 mg	<i>AG-Metoprolol-L</i> <i>Apo-Metoprolol 50 mg</i> <i>Apo-Metoprolol L 50 mg</i> <i>Jamp-Metoprolol-L</i> <i>Metoprolol 50 mg</i> <i>Metoprolol-L</i> <i>pms-Metoprolol-L</i> <i>Pro-Metoprolol-L</i> <i>Riva-Metoprolol-L</i> <i>Teva-Metoprolol</i> <i>Teva-Metoprolol</i>	Angita Apotex Apotex Jamp Sanis Sivem Phmscience Pro Doc Riva Teva Can Teva Can	02481316 00618632 00749354 02356821 02350394 02442124 02230803 00648019 02315319 00648035 00842648
	Co.	100 mg	<i>AG-Metoprolol-L</i> <i>Apo-Metoprolol 100 mg</i> <i>Apo-Metoprolol L 100 mg</i> <i>Jamp-Metoprolol-L</i> <i>Metoprolol 100 mg</i> <i>Metoprolol-L</i> <i>pms-Metoprolol-L</i> <i>Pro-Metoprolol-L</i> <i>Riva-Metoprolol-L</i> <i>Teva-Metoprolol</i> <i>Teva-Metoprolol</i>	Angita Apotex Apotex Jamp Sanis Sivem Phmscience Pro Doc Riva Teva Can Teva Can	02481324 00618640 00751170 02356848 02350408 02442132 02230804 00648027 02315327 00648043 00842656

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:20 BÊTA-BLOQUANTS (suite)

	Co. L.A.	100 mg	<i>AA-Metoprolol SR</i>	AA Pharma	02285169
	Co. L.A.	200 mg	<i>Apo-Metoprolol SR</i>	Apotex	02285177
	Sol. Inj. I.V.	1 mg/mL	<i>Tartrate de métoprolol injection</i>	Juno	02474271
NADOLOL 	Co.	40 mg	<i>Mint-Nadolol Nadolol</i>	Mint Apotex	02496380 00782505
	Co.	80 mg	<i>Mint-Nadolol Nadolol</i>	Mint Apotex	02496399 00782467
PINDOLOL 	Co.	5 mg	<i>Teva-Pindolol Visken</i>	Teva Can Xediton	00869007 00417270
	Co.	10 mg	<i>Teva-Pindolol Visken</i>	Teva Can Xediton	00869015 00443174
	Co.	15 mg	<i>Teva-Pindolol</i>	Teva Can	00869023
PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	10 mg -25 mg	<i>Viskazide 10/25</i>	Xediton	00568627
PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	10 mg	<i>Teva-Propranolol</i>	Teva Can	00496480
	Co.	20 mg	<i>PRZ-Propranolol Teva-Propranolol</i>	Pharmaris Teva Can	02550814 00740675
	Co.	40 mg	<i>PRZ-Propranolol Teva-Propranolol</i>	Pharmaris Teva Can	02550822 00496499
	Co.	80 mg	<i>PRZ-Propranolol Teva-Propranolol</i>	Pharmaris Teva Can	02550830 00496502
	Sol. Inj. I.V.	1 mg/mL	<i>Propranolol (chlorhydrate de)</i>	Sandoz	02225883
	 Sol. Orale	3,75 mg/mL	<i>Hemangiol</i>	Pierre Fab	02457857
SOTALOL (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	80 mg	<i>Apo-Sotalol Jamp-Sotalol pms-Sotalol</i>	Apotex Jamp Phmscience	02210428 02368617 02238326
	Co.	160 mg	<i>Apo-Sotalol Jamp-Sotalol pms-Sotalol</i>	Apotex Jamp Phmscience	02167794 02368625 02238327
TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Co.	5 mg	<i>Timol</i>	AA Pharma	00755842
	Co.	10 mg	<i>Timol</i>	AA Pharma	00755850
	Co.	20 mg	<i>Timol</i>	AA Pharma	00755869

24:24 AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	0,1 mg	<i>Clonidine Mint-Clonidine Sandoz Clonidine Teva-Clonidine</i>	Sivem Mint Sandoz Teva Can	02538490 02462192 02515784 02046121
	Co.	0,2 mg	<i>Clonidine Mint-Clonidine Sandoz Clonidine Teva-Clonidine</i>	Sivem Mint Sandoz Teva Can	02538504 02462206 02515792 02046148
GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co. L.A.	1 mg	<i>Apo-Guanfacine XR Jamp Guanfacine XR</i>	Apotex Jamp	02523728 02523558

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:24 AGONISTES ALPHA-ADRENERGIQUES (suite)

GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE) (ANGITA, PRO DOC, SANDOZ ET TAKEDA) 	 Co. L.A.	2 mg	Apo-Guanfacine XR Jamp Guanfacine XR	Apotex Jamp	02523736 02523566
	 Co. L.A.	3 mg	Apo-Guanfacine XR Jamp Guanfacine XR	Apotex Jamp	02523744 02523574
	 Co. L.A.	4 mg	Apo-Guanfacine XR Jamp Guanfacine XR	Apotex Jamp	02523752 02523582
	 Co. L.A.	1 mg	AG-Guanfacine XR Intuniv XR Sandoz Guanfacine XR	Angita Takeda Sandoz	02525127 02409100 02563185
	 Co. L.A.	2 mg	AG-Guanfacine XR Intuniv XR Sandoz Guanfacine XR	Angita Takeda Sandoz	02525135 02409119 02563193
	 Co. L.A.	3 mg	AG-Guanfacine XR Intuniv XR Sandoz Guanfacine XR	Angita Takeda Sandoz	02525143 02409127 02563207
	 Co. L.A.	4 mg	AG-Guanfacine XR Intuniv XR Sandoz Guanfacine XR	Angita Takeda Sandoz	02525151 02409135 02563215
	Co.	125 mg	Méthyl dopa	AA Pharma	00360252
	Co.	250 mg	Méthyl dopa	AA Pharma	00360260
	Co.	500 mg	Méthyl dopa	AA Pharma	00426830

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES

AMLODIPINE (BÉSYLATE D') 	Co.	2,5 mg	AG-Amlodipine	Angita	02369222
			Amlodipine	Altamed	02490781
			Amlodipine	Angita	02552868
			Amlodipine	Jamp	02492199
			Amlodipine	Pro Doc	02326795
			Amlodipine	Sanis	02478587
			Amlodipine	Sivem	02385783
			Amlodipine Besylate	Accord	02419556
			Jamp-Amlodipine	Jamp	02357186
			M-Amlodipine	Mantra Ph.	02468018
			Mar-Amlodipine	Marcan	02371707
			NB-Amlodipine	NB Pharma	02556707
			NRA-Amlodipine	Nora	02476452
			Pharma-Amlodipine	Phmscience	02469022
			pms-Amlodipine	Phmscience	02295148
			PRZ-Amlodipine	Pharmaris	02522500
			Riva-Amlodipine	Riva	02331489
			Sandoz Amlodipine	Sandoz	02330474

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES (suite)

Co.	5 mg	ACT Amlodipine	Teva Can	02297485
		AG-Amlodipine	Angita	02369230
		Amlodipine	Altamed	02490803
		Amlodipine	Angita	02552876
		Amlodipine	Jamp	02429217
		Amlodipine	Pro Doc	02326809
		Amlodipine	Sanis	02331284
		Amlodipine	Sivem	02385791
		Amlodipine Besylate	Accord	02419564
		Apo-Amlodipine	Apotex	02273373
		Auro-Amlodipine	AuroPharma	02397072
		Jamp-Amlodipine	Jamp	02357194
		M-Amlodipine	Mantra Ph.	02468026
		Mar-Amlodipine	Marcan	02371715
		Mint-Amlodipine	Mint	02362651
		Mylan-Amlodipine	Mylan	02272113
		NB-Amlodipine	NB Pharma	02556715
		Norvasc	BGP Pharma	00878928
		NRA-Amlodipine	Nora	02476460
		pms-Amlodipine	Phmscience	02284065
		PRZ-Amlodipine	Pharmaris	02522519
		Riva-Amlodipine	Riva	02331497
		Sandoz Amlodipine	Sandoz	02284383
		Taro-Amlodipine	Sun Pharma	02321858
Co.	10 mg	ACT Amlodipine	Teva Can	02297493
		AG-Amlodipine	Angita	02369249
		Amlodipine	Altamed	02490811
		Amlodipine	Angita	02552884
		Amlodipine	Jamp	02429225
		Amlodipine	Pro Doc	02326817
		Amlodipine	Sanis	02331292
		Amlodipine	Sivem	02385805
		Amlodipine Besylate	Accord	02419572
		Apo-Amlodipine	Apotex	02273381
		Auro-Amlodipine	AuroPharma	02397080
		Jamp-Amlodipine	Jamp	02357208
		M-Amlodipine	Mantra Ph.	02468034
		Mar-Amlodipine	Marcan	02371723
		Mint-Amlodipine	Mint	02362678
		Mylan-Amlodipine	Mylan	02272121
		NB-Amlodipine	NB Pharma	02556723
		Norvasc	BGP Pharma	00878936
		NRA-Amlodipine	Nora	02476479
		pms-Amlodipine	Phmscience	02284073
		PRZ-Amlodipine	Pharmaris	02522527
		Riva-Amlodipine	Riva	02331500
		Sandoz Amlodipine	Sandoz	02284391
		Taro-Amlodipine	Sun Pharma	02321866
 Sol. Orale	1 mg/mL	pdp-AMLODIPINE	Pendopharm	02484706
Co.	5 mg -10 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin	Apotex	02411253
		Caduet	BGP Pharma	02273233
		Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Mylan	02362759
Co.	5 mg - 20 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin	Apotex	02411261
		Caduet	BGP Pharma	02273241
		Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Mylan	02362767
Co.	5 mg - 40 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin	Apotex	02411288
		Caduet	BGP Pharma	02273268
		Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Mylan	02362775

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:28.08 DIHYDROPYRIDINES (suite)

	Co.	5 mg - 80 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin Caduet Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Apotex BGP Pharma Mylan	02411296 02273276 02362783
	Co.	10 mg - 10 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin Caduet Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Apotex BGP Pharma Mylan	02411318 02273284 02362791
	Co.	10 mg - 20 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin Caduet Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Apotex BGP Pharma Mylan	02411326 02273292 02362805
	Co.	10 mg - 40 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin Caduet Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Apotex BGP Pharma Mylan	02411334 02273306 02362813
	Co.	10 mg - 80 mg	Apo-Amlodipine-Atorvas- tatin Caduet Mylan-Amlodipine/Ator- vastatin	Apotex BGP Pharma Mylan	02411342 02273314 02362821
FÉLODIPINE 	Co. L.A.	2,5 mg	Apo-Felodipine Plendil	Apotex GlenwoodPh	02452367 02057778
	Co. L.A.	5 mg	Apo-Felodipine Plendil Sandoz Felodipine	Apotex GlenwoodPh Sandoz	02452375 00851779 02280264
	Co. L.A.	10 mg	Apo-Felodipine Plendil Sandoz Felodipine	Apotex GlenwoodPh Sandoz	02452383 00851787 02280272
NIFÉDIPINE 	Caps.	5 mg	Nifedipine	AA Pharma	00725110
	Co. L.A. (24 h)	30 mg	Adalat XL Mylan-Nifedipine Exten- ded Release pmsc-Nifedipine ER	Bayer Mylan Phmscience	02155907 02349167 02533332
	Co. L.A. (24 h)	60 mg	AG-Nifedipine ER Jamp Nifedipine ER M-Nifedipine ER Mylan-Nifedipine Exten- ded Release pms-Nifedipine ER	Angita Jamp Mantra Ph. Mylan Phmscience	02511460 02511711 02511649 02321149 02416301
NIMODIPINE 	Co.	30 mg	Nimotop	Lab X.O	02325926

24:28.92 INHIBITEURS CALCIIQUES, DIVERS

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE) 	Caps. L.A.	120 mg	<i>Diltiazem T</i> <i>Jamp Diltiazem T</i> <i>Mar-Diltiazem T</i> <i>M-Diltiazem T</i> <i>Teva-Diltiazem T</i> <i>Tiazac</i>	Sanis Jamp Marcan Mantra Ph. Teva Can Bausch H.	02516101 02495376 02465353 02546434 02370441 02231150

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:28.92 INHIBITEURS CALCIQUES, DIVERS (suite)

Caps. L.A.	180 mg	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	02516128
		<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	02495384
		<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	02465361
		<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	02546442
		<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	02370492
		<i>Tiazac</i>	Bausch H.	02231151
Caps. L.A.	240 mg	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	02516136
		<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	02495392
		<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	02465388
		<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	02546450
		<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	02370506
		<i>Tiazac</i>	Bausch H.	02231152
Caps. L.A.	300 mg	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	02516144
		<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	02495406
		<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	02465396
		<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	02546469
		<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	02370514
		<i>Tiazac</i>	Bausch H.	02231154
Caps. L.A.	360 mg	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	02516152
		<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	02495414
		<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	02465418
		<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	02546477
		<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	02370522
		<i>Tiazac</i>	Bausch H.	02231155
Caps. L.A. (24 h)	120 mg	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	02230997
		<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	02400421
		<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	02445999
		<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	02528037
		<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	02484064
		<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	02546086
		<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	02242538
Caps. L.A. (24 h)	180 mg	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	02230998
		<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	02400448
		<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	02446006
		<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	02528045
		<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	02484072
		<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	02546094
		<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	02242539
Caps. L.A. (24 h)	240 mg	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	02230999
		<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	02400456
		<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	02446014
		<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	02528053
		<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	02484080
		<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	02546108
		<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	02242540
Caps. L.A. (24 h)	300 mg	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	02229526
		<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	02400464
		<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	02446022
		<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	02528061
		<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	02484099
		<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	02546116
		<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	02242541
Co.	30 mg	<i>Diltiaz</i>	AA Pharma	00771376
Co.	60 mg	<i>Diltiaz</i>	AA Pharma	00771384
Co. L.A.	120 mg	<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	02256738
Co. L.A.	180 mg	<i>Teva-Diltiazem XC</i>	Teva Can	02429322
		<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	02256746
Co. L.A.	240 mg	<i>Teva-Diltiazem XC</i>	Teva Can	02429330
		<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	02256754

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:28.92 INHIBITEURS CALCIQUES, DIVERS (suite)

	Co. L.A.	300 mg	<i>Teva-Diltiazem XC</i> <i>Tiazac XC</i>	Teva Can Bausch H.	02429349 02256762
	Co. L.A.	360 mg	<i>Teva-Diltiazem XC</i> <i>Tiazac XC</i>	Teva Can Bausch H.	02429357 02256770
FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	5 mg	<i>Flunarizine</i>	AA Pharma	02246082
VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	80 mg	<i>AA-Verap</i>	AA Pharma	00782483
	Co.	120 mg	<i>AA-Verap</i>	AA Pharma	00782491
	Co. L.A.	120 mg	<i>Isoptin SR</i> <i>Mylan-Verapamil SR</i>	BGP Pharma Mylan	01907123 02210347
	Co. L.A.	180 mg	<i>Isoptin SR</i> <i>Mylan-Verapamil SR</i>	BGP Pharma Mylan	01934317 02450488
	Co. L.A.	240 mg	<i>Isoptin SR</i> <i>Mylan-Verapamil SR</i>	BGP Pharma Mylan	00742554 02450496
	Sol. Inj. I.V.	2,5 mg/mL	<i>Verapamil</i>	Sandoz	02166739

24:32.04 INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE

BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	5 mg	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	02290332
	Co.	10 mg	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	02290340
	Co.	20 mg	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	02273918
CAPTOPRIL 	Co.	12,5 mg	<i>Apo-Capto</i> <i>Teva-Captopril</i>	Apotex Teva Can	00893595 01942964
	Co.	25 mg	<i>Apo-Capto</i> <i>Teva-Captopril</i>	Apotex Teva Can	00893609 01942972
	Co.	50 mg	<i>Apo-Capto</i>	Apotex	00893617
	Co.	100 mg	<i>Apo-Capto</i> <i>Teva-Captopril</i>	Apotex Teva Can	00893625 01942999
	Sol. Orale	1 mg/mL (100 mL)	<i>Noyada</i>	Ethypharm	02543907
	Sol. Orale	5 mg/mL (100 mL)	<i>Noyada</i>	Ethypharm	02543915
CILAZAPRIL 	Co.	1 mg	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	02283778
	Co.	2,5 mg	<i>Apo-Cilazapril</i> <i>Inhibace</i> <i>Mylan-Cilazapril</i>	Apotex Cheplaphar Mylan	02291142 01911473 02283786
	Co.	5 mg	<i>Apo-Cilazapril</i> <i>Inhibace</i> <i>Mylan-Cilazapril</i>	Apotex Cheplaphar Mylan	02291150 01911481 02283794
CILAZAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	5 mg - 12,5 mg	<i>Apo-Cilazapril - HCTZ</i> <i>Inhibace Plus</i>	Apotex Cheplaphar	02284987 02181479
ÉNALAPRIL (MALÉATE D') 	Co.	2,5 mg	<i>ACT Enalapril</i> <i>Apo-Enalapril</i> <i>Enalapril</i> <i>Enalapril</i> <i>Jamp-Enalapril</i> <i>Mar-Enalapril</i> <i>Sandoz Enalapril</i> <i>Taro-Enalapril</i>	Teva Can Apotex Sanis Sivem Jamp Marcan Sandoz Sun Pharma	02291878 02020025 02400650 02442957 02474786 02459450 02299933 02352230

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.04 INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (suite)

	Co.	5 mg	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	02291886
			<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	02019884
			<i>Enalapril</i>	Sanis	02400669
			<i>Enalapril</i>	Sivem	02442965
			<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	02474794
			<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	02459469
			<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	02299941
			<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	02352249
			<i>Vasotec</i>	Organon	00708879
	Co.	10 mg	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	02291894
			<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	02019892
			<i>Enalapril</i>	Sanis	02400677
			<i>Enalapril</i>	Sivem	02442973
			<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	02474808
			<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	02444771
			<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	02299968
			<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	02352257
			<i>Vasotec</i>	Organon	00670901
	Co.	20 mg	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	02291908
			<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	02019906
			<i>Enalapril</i>	Sanis	02400685
			<i>Enalapril</i>	Sivem	02442981
			<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	02474816
			<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	02444798
			<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	02299976
			<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	02352265
			<i>Vasotec</i>	Organon	00670928
ÉNALAPRIL (MALÉATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	Co.	5 mg -12,5 mg	<i>Apo-Enalapril Maleate/ HCTZ</i>	Apotex	02352923
	Co.	10 mg -25 mg	<i>Enalapril maleate/HCTZ Vaseretic</i>	AA Pharma Organon	02352931 00657298
ÉNALAPRILATE	Sol. Inj. I.V.	1,25 mg/mL	<i>Énalaprilate pour injection, USP</i>	Sterimax	02388499
FOSINOPRIL SODIQUE	Co.	10 mg	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	02266008
			<i>Fosinopril</i>	Sanis	02459388
			<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	02331004
			<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	02247802
	Co.	20 mg	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	02266016
			<i>Fosinopril</i>	Sanis	02459396
			<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	02331012
			<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	02247803
LISINOPRIL	Co.	5 mg	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	02217481
			<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	02394472
			<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	02361531
			<i>Lisinopril</i>	Sivem	02386232
			<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	02525186
			<i>Lisinopril Tablets</i>	Sivem	02554488
			<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	02294230
			<i>Teva-Lisinopril (Type Z)</i>	Teva Can	02285118
			<i>Zestril</i>	Atahs	02049333
	Co.	10 mg	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	02217503
			<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	02394480
			<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	02361558
			<i>Lisinopril</i>	Sivem	02386240
			<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	02525194
			<i>Lisinopril Tablets</i>	Sivem	02554496
			<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	02294249
			<i>Teva-Lisinopril (Type Z)</i>	Teva Can	02285126
			<i>Zestril</i>	Atahs	02049376

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.04 INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (suite)

	Co.	20 mg	Apo-Lisinopril Auro-Lisinopril Jamp-Lisinopril Lisinopril Lisinopril (Type Z) Lisinopril Tablets Ran-Lisinopril Teva-Lisinopril (Type Z) Zestril	Apotex AuroPharma Jamp Sivem Sanis Sivem Ranbaxy Teva Can Atnahs	02217511 02394499 02361566 02386259 02525208 02554518 02294257 02285134 02049384
LISINOPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	10 mg -12,5 mg	Lisinopril/HCTZ (Type Z) Sandoz Lisinopril HCT Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z) Zestoretic	Sanis Sandoz Teva Can Atnahs	02362945 02302365 02301768 02103729
	Co.	20 mg -12,5 mg	Lisinopril/HCTZ (Type Z) Sandoz Lisinopril HCT Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z) Zestoretic	Sanis Sandoz Teva Can Atnahs	02362953 02302373 02301776 02045737
	Co.	20 mg -25 mg	Lisinopril/HCTZ (Type Z) Sandoz Lisinopril HCT Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z) Zestoretic	Sanis Sandoz Teva Can Atnahs	02362961 02302381 02301784 02045729
	Co.	2 mg	AG-Perindopril AG-Perindopril Erbumine Apo-Perindopril Auro-Perindopril Bio-Perindopril Coversyl Jamp Perindopril Erbu- mine Jamp-Perindopril Mar-Perindopril Mint-Perindopril M-Perindopril NB-Perindopril NRA-Perindopril Perindopril Erbumine Perindopril Erbumine pms-Perindopril Riva-Perindopril Sandoz Perindopril Erbu- mine Teva-Perindopril	Angita Angita Apotex AuroPharma Biomed Servier Jamp Jamp Marcan Mint Mantra Ph. NB Pharma Nora Sanis Sivem Phmscience Riva Sandoz Teva Can	02481677 02529491 02289261 02459817 02501309 02123274 02527200 02477009 02474824 02476762 02482924 02555697 02489015 02481634 02479877 02470675 02472015 02470225 02464985
	Co.	4 mg	AG-Perindopril AG-Perindopril Erbumine Apo-Perindopril Auro-Perindopril Bio-Perindopril Coversyl Jamp Perindopril Erbu- mine Jamp-Perindopril Mar-Perindopril Mint-Perindopril M-Perindopril NB-Perindopril NRA-Perindopril Perindopril Erbumine Perindopril Erbumine pms-Perindopril Riva-Perindopril Sandoz Perindopril Erbu- mine Teva-Perindopril	Angita Angita Apotex AuroPharma Biomed Servier Jamp Jamp Marcan Mint Mantra Ph. NB Pharma Nora Sanis Sivem Phmscience Riva Sandoz Teva Can	02481685 02529505 02289288 02459825 02501317 02123282 02527219 02477017 02474832 02476770 02482932 02555700 02489023 02481642 02479885 02470683 02472023 02470233 02464993

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.04 INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (suite)

	Co.	8 mg	AG-Perindopril AG-Perindopril Erbumine Apo-Perindopril Auro-Perindopril Bio-Perindopril Coversyl Jamp Perindopril Erbumine Jamp-Perindopril Mar-Perindopril Mint-Perindopril M-Perindopril NB-Perindopril NRA-Perindopril Perindopril Erbumine Perindopril Erbumine pms-Perindopril Riva-Perindopril Sandoz Perindopril Erbumine Teva-Perindopril	Angita Angita Apotex AuroPharma Biomed Servier Jamp Jamp Marcan Mint Mantra Ph. NB Pharma Nora Sanis Sivem Phmscience Riva Sandoz Teva Can	02481693 02529513 02289296 02459833 02501325 02246624 02527227 02477025 02474840 02476789 02482940 02555719 02489031 02481650 02479893 02470691 02472031 02470241 02465000
PÉRINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE 	Co.	4 mg - 1,25 mg	AG-Perindopril/Indapamide Apo-Perindopril-Indapamide Coversyl Plus Jamp Perindopril / Indapamide Perindopril Erbumine/Indapamide Perindopril/Indapamide pms-Perindopril-Indapamide Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide Teva-Perindopril/Indapamide	Angita Apotex Servier Jamp Sivem Sanis Phmscience Sandoz Teva Can	02448009 02297574 02246569 02554127 02479834 02519720 02538008 02470438 02464020
	Co.	8 mg - 2,5 mg	AG-Perindopril/Indapamide Apo-Perindopril-Indapamide Coversyl Plus HD Jamp Perindopril / Indapamide Perindopril Erbumine/Indapamide HD Perindopril/Indapamide pms-Perindopril-Indapamide Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide HD Teva-Perindopril/Indapamide	Angita Apotex Servier Jamp Sivem Sanis Phmscience Sandoz Teva Can	02448017 02453061 02321653 02554135 02479842 02519739 02537982 02470446 02464039
	Co.	5 mg	Apo-Quinapril pms-Quinapril	Apotex Phmscience	02248499 02340550
	Co.	10 mg	Apo-Quinapril JAMP Quinapril pms-Quinapril	Apotex Jamp Phmscience	02248500 02517450 02340569
	Co.	20 mg	JAMP Quinapril pms-Quinapril	Jamp Phmscience	02517469 02340577
	Co.	40 mg	JAMP Quinapril pms-Quinapril	Jamp Phmscience	02517477 02340585

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.04 INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (suite)

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	10 mg -12,5 mg	<i>Apo-Quinapril/HCTZ</i>	Apotex	02408767
			<i>Auro-Quinapril HCTZ</i>	AuroPharma	02473291
			<i>JAMP Quinapril / HCTZ</i>	Jamp	02547430
	Co.	20 mg -12,5 mg	<i>Apo-Quinapril/HCTZ</i>	Apotex	02408775
			<i>Auro-Quinapril HCTZ</i>	AuroPharma	02473305
	Co.	20 mg -25 mg	<i>Apo-Quinapril/HCTZ</i>	Apotex	02408783
			<i>Auro-Quinapril HCTZ</i>	AuroPharma	02473321
			<i>JAMP Quinapril / HCTZ</i>	Jamp	02547449

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.04 INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (suite)

RAMIPRIL 	Caps.	1,25 mg	Altace	Bausch H.	02221829
			Apo-Ramipril	Apotex	02251515
			Auro-Ramipril	AuroPharma	02387387
			Jamp-Ramipril	Jamp	02331101
			Pharma-Ramipril	Phmscience	02469057
			pmsc-Ramipril	Phmscience	02550202
			Ramipril	Sivem	02308363
			Taro-Ramipril	Sun Pharma	02310503
	Caps.	2,5 mg	AG-Ramipril	Angita	02477572
			Altace	Bausch H.	02221837
			Apo-Ramipril	Apotex	02251531
			Auro-Ramipril	AuroPharma	02387395
			Jamp-Ramipril	Jamp	02331128
			Mar-Ramipril	Marcan	02420465
			Mint-Ramipril	Mint	02421305
			NRA-Ramipril	Nora	02486172
			Pharma-Ramipril	Phmscience	02469065
			pmsc-Ramipril	Phmscience	02550210
			Ramipril	Riva	02255316
			Ramipril	Sanis	02374846
			Ramipril	Sivem	02287927
			Taro-Ramipril	Sun Pharma	02310511
			Teva-Ramipril	Teva Can	02247945
	Caps.	5 mg	AG-Ramipril	Angita	02477580
			Altace	Bausch H.	02221845
			Apo-Ramipril	Apotex	02251574
			Auro-Ramipril	AuroPharma	02387409
			Jamp-Ramipril	Jamp	02331136
			Mar-Ramipril	Marcan	02420473
			Mint-Ramipril	Mint	02421313
			NRA-Ramipril	Nora	02486180
			Pharma-Ramipril	Phmscience	02469073
			pmsc-Ramipril	Phmscience	02550229
			Ramipril	Riva	02255324
			Ramipril	Sanis	02374854
			Ramipril	Sivem	02287935
			Taro-Ramipril	Sun Pharma	02310538
			Teva-Ramipril	Teva Can	02247946
	Caps.	10 mg	AG-Ramipril	Angita	02477599
			Altace	Bausch H.	02221853
			Apo-Ramipril	Apotex	02251582
			Auro-Ramipril	AuroPharma	02387417
			Jamp-Ramipril	Jamp	02331144
			Mar-Ramipril	Marcan	02420481
			Mint-Ramipril	Mint	02421321
			NRA-Ramipril	Nora	02486199
			Pharma-Ramipril	Phmscience	02469081
			pmsc-Ramipril	Phmscience	02550237
			Ramipril	Riva	02255332
			Ramipril	Sanis	02374862
			Ramipril	Sivem	02287943
			Taro-Ramipril	Sun Pharma	02310546
			Teva-Ramipril	Teva Can	02247947
	Caps.	15 mg	Altace	Bausch H.	02281112
			Apo-Ramipril	Apotex	02325381
			Jamp-Ramipril	Jamp	02440334
			Mar-Ramipril	Marcan	02420503
			Mint-Ramipril	Mint	02421348
RAMIPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	2,5 mg - 12,5 mg	Altace HCT Taro-Ramipril HCTZ	Bausch H. Sun Pharma	02283131 02449439
	Co.	5 mg - 12,5 mg	Altace HCT Taro-Ramipril HCTZ	Bausch H. Sun Pharma	02283158 02449447
	Co.	5 mg - 25 mg	Altace HCT Taro-Ramipril HCTZ	Bausch H. Sun Pharma	02283174 02449463

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.04 INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (suite)

TRANDOLAPRIL 	Co.	10 mg -12,5 mg	<i>Altace HCT</i> <i>pms-Ramipril-HCTZ</i> <i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Bausch H. Phmscience Sun Pharma	02283166 02342154 02449455
	Co.	10 mg -25 mg	<i>Altace HCT</i> <i>pms-Ramipril-HCTZ</i> <i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Bausch H. Phmscience Sun Pharma	02283182 02342170 02449471
	Caps.	0,5 mg	<i>Auro-Trandolapril</i> <i>Mavik</i> <i>pms-Trandolapril</i> <i>Sandoz Trandolapril</i>	AuroPharma BGP Pharma Phmscience Sandoz	02471868 02231457 02357755 02325721
	Caps.	1 mg	<i>Auro-Trandolapril</i> <i>Mavik</i> <i>pms-Trandolapril</i> <i>Sandoz Trandolapril</i> <i>Trandolapril</i> <i>Trandolapril</i>	AuroPharma BGP Pharma Phmscience Sandoz Sanis Sivem	02471876 02231459 02357763 02325748 02525046 02526565
	Caps.	2 mg	<i>Auro-Trandolapril</i> <i>Mavik</i> <i>pms-Trandolapril</i> <i>Sandoz Trandolapril</i> <i>Trandolapril</i> <i>Trandolapril</i>	AuroPharma BGP Pharma Phmscience Sandoz Sanis Sivem	02471884 02231460 02357771 02325756 02525054 02526573
	Caps.	4 mg	<i>Auro-Trandolapril</i> <i>Mavik</i> <i>pms-Trandolapril</i> <i>Sandoz Trandolapril</i> <i>Trandolapril</i> <i>Trandolapril</i>	AuroPharma BGP Pharma Phmscience Sandoz Sanis Sivem	02471892 02239267 02357798 02325764 02525070 02526581

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

CANDÉSARTAN CILEXÉTIL 	Co.	8 mg	<i>AG-Candesartan</i> <i>AG-Candesartan</i> <i>Apo-Candesartan</i> <i>Apo-Candesartan Tablets</i> <i>Atacand</i> <i>Auro-Candesartan</i> <i>Candesartan</i> <i>Candesartan</i> <i>Candésartan cilexétil</i> <i>Jamp-Candesartan</i> <i>Mint-Candesartan</i> <i>NRA-Candesartan</i> <i>pms-Candesartan</i> <i>Sandoz Candesartan</i> <i>Taro-Candesartan</i> <i>Teva Candesartan</i>	Angita Angita Apotex Apotex Cheplaphar AuroPharma Sanis Sivem Accord Jamp Mint Nora Phmscience Sandoz Sun Pharma Teva Can	02484773 02500795 02365359 02541297 02239091 02445794 02388928 02388707 02379279 02386518 02476916 02527014 02391198 02326965 02380692 02366312
	Co.	16 mg	<i>AG-Candesartan</i> <i>AG-Candesartan</i> <i>Apo-Candesartan</i> <i>Apo-Candesartan Tablets</i> <i>Atacand</i> <i>Auro-Candesartan</i> <i>Candesartan</i> <i>Candesartan</i> <i>Candésartan cilexétil</i> <i>Jamp-Candesartan</i> <i>Mint-Candesartan</i> <i>NRA-Candesartan</i> <i>pms-Candesartan</i> <i>Sandoz Candesartan</i> <i>Taro-Candesartan</i> <i>Teva Candesartan</i>	Angita Angita Apotex Apotex Cheplaphar AuroPharma Sanis Sivem Accord Jamp Mint Nora Phmscience Sandoz Sun Pharma Teva Can	02484781 02500809 02365367 02541300 02239092 02445808 02388936 02388715 02379287 02386526 02476924 02527022 02391201 02326973 02380706 02366320

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (suite)

	Co.	32 mg	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	02500817
			<i>Apo-Candesartan</i>	Apotex	02399105
			<i>Apo-Candesartan Tablets</i>	Apotex	02541319
			<i>Atacand</i>	Cheplaphar	02311658
			<i>Auro-Candesartan</i>	AuroPharma	02445816
			<i>Candesartan</i>	Sanis	02435845
			<i>Candesartan</i>	Sivem	02528266
			<i>Candésartan cilexétil</i>	Accord	02379295
			<i>Jamp-Candesartan</i>	Jamp	02386534
			<i>Mint-Candesartan</i>	Mint	02476932
			<i>NRA-Candesartan</i>	Nora	02527030
			<i>pms-Candesartan</i>	Phmscience	02391228
			<i>Sandoz Candesartan</i>	Sandoz	02417340
			<i>Taro-Candesartan</i>	Sun Pharma	02380714
			<i>Teva Candesartan</i>	Teva Can	02366339
CANDÉSARTAN CILEXÉTIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	16 mg - 12,5 mg	<i>Atacand Plus</i>	Cheplaphar	02244021
			<i>Auro-Candesartan HCT</i>	AuroPharma	02421038
			<i>Candesartan HCT</i>	Sivem	02394812
			<i>Candesartan/ HCTZ</i>	Sanis	02394804
			<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	02473240
			<i>NRA-Candesartan HCTZ</i>	Nora	02531240
			<i>pms-Candesartan-HCTZ</i>	Phmscience	02391295
			<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	02327902
			<i>Teva Candesartan/ HCTZ</i>	Teva Can	02395541
	Co.	32 mg - 12,5 mg	<i>Atacand Plus</i>	Cheplaphar	02332922
			<i>Auro-Candesartan HCT</i>	AuroPharma	02421046
			<i>Candesartan/ HCTZ</i>	Sanis	02536064
			<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	02473259
			<i>NRA-Candesartan HCTZ</i>	Nora	02531259
			<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	02420732
			<i>Teva Candesartan/ HCTZ</i>	Teva Can	02395568
IRBÉSARTAN 	Co.	32 mg - 25 mg	<i>Atacand Plus</i>	Cheplaphar	02332957
			<i>Auro-Candesartan HCT</i>	AuroPharma	02421054
			<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	02473267
			<i>NRA-Candesartan HCTZ</i>	Nora	02531267
			<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	02420740
	Co.	75 mg	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	02548216
			<i>Irbesartan</i>	Sanis	02372347
			<i>Irbesartan</i>	Sivem	02385287
			<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	02545225
			<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	02422980
			<i>M-Irbesartan</i>	Mantra Ph.	02524813
			<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	02317060
			<i>Riva-Irbesartan</i>	Riva	02524732
			<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	02328461
			<i>Taro-Irbesartan</i>	Sun Pharma	02406810
	Co.	150 mg	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	02548224
			<i>Avapro</i>	SanofiAven	02237924
			<i>Irbesartan</i>	Sanis	02372371
			<i>Irbesartan</i>	Sivem	02385295
			<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	02545233
			<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	02422999
			<i>M-Irbesartan</i>	Mantra Ph.	02524821
			<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	02317079
			<i>Riva-Irbesartan</i>	Riva	02524740
			<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	02328488
			<i>Taro-Irbesartan</i>	Sun Pharma	02406829

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (suite)

	Co.	300 mg	AG-Irbesartan Avapro Irbesartan Irbesartan JAMP Irbesartan Mint-Irbesartan M-Irbesartan pms-Irbesartan Riva-Irbesartan Sandoz Irbesartan Taro-Irbesartan	Angita SanofiAven Sanis Sivem Jamp Mint Mantra Ph. Phmscience Riva Sandoz Sun Pharma	02548232 02237925 02372398 02385309 02545241 02423006 02524848 02317087 02524759 02328496 02406837
IRBÉSARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	150 mg- 12,5 mg	Avalide Irbesartan HCT Irbesartan HCTZ Mint-Irbesartan/ HCTZ pms-Irbesartan-HCTZ Sandoz Irbesartan HCT	SanofiAven Sivem Sanis Mint Phmscience Sandoz	02241818 02385317 02372886 02392992 02328518 02337428
	Co.	300 mg- 12,5 mg	Avalide Irbesartan HCT Irbesartan HCTZ pms-Irbesartan-HCTZ Sandoz Irbesartan HCT	SanofiAven Sivem Sanis Phmscience Sandoz	02241819 02385325 02372894 02328526 02337436
	Co.	300 mg -25 mg	Irbesartan HCT Irbesartan HCTZ Mint-Irbesartan/ HCTZ pms-Irbesartan-HCTZ Sandoz Irbesartan HCT	Sivem Sanis Mint Phmscience Sandoz	02385333 02372908 02393026 02328534 02337444
	Co.	25 mg	Auro-Losartan Cozaar Jamp-Losartan Losartan Losartan Mint-Losartan pms-Losartan Sandoz Losartan Teva Losartan	AuroPharma Organon Jamp Sanis Sivem Mint Phmscience Sandoz Teva Can	02403323 02182815 02398834 02388863 02388790 02405733 02309750 02313332 02380838
	Co.	50 mg	Auro-Losartan Cozaar Jamp-Losartan Losartan Losartan Mint-Losartan pms-Losartan Sandoz Losartan Teva Losartan	AuroPharma Organon Jamp Sanis Sivem Mint Phmscience Sandoz Teva Can	02403331 02182874 02398842 02388871 02388804 02405741 02309769 02313340 02357968
	Co.	100 mg	Auro-Losartan Cozaar Jamp-Losartan Losartan Losartan Mint-Losartan pms-Losartan Sandoz Losartan Teva Losartan	AuroPharma Organon Jamp Sanis Sivem Mint Phmscience Sandoz Teva Can	02403358 02182882 02398850 02388898 02388812 02405768 02309777 02313359 02357976
	Co.	50 mg -12,5 mg	Apo-Losartan/HCTZ Auro-Losartan HCT Hyzaar Losartan/HCT Losartan/HCTZ Mint-Losartan / HCTZ pms-Losartan-HCTZ Sandoz Losartan HCT	Apotex AuroPharma Organon Sivem Sanis Mint Phmscience Sandoz	02371235 02423642 02230047 02388960 02427648 02389657 02392224 02313375

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (suite)

	Co.	100 mg - 12,5 mg	<i>Auro-Losartan HCT</i> <i>Hyzaar</i> <i>Losartan/HCT</i> <i>Losartan/HCTZ</i> <i>Mint-Losartan / HCTZ</i> <i>pms-Losartan-HCTZ</i> <i>Sandoz Losartan HCT</i>	AuroPharma Organon Sivem Sanis Mint Phmscience Sandoz	02423650 02297841 02388979 02427656 02389665 02392232 02362449
	Co.	100 mg - 25 mg	<i>Apo-Losartan/HCTZ</i> <i>Auro-Losartan HCT</i> <i>Hyzaar DS</i> <i>LOSARTAN HCT DS</i> <i>Losartan/HCTZ</i> <i>Mint-Losartan / HCTZ DS</i> <i>pms-Losartan-HCTZ</i> <i>Sandoz Losartan HCT DS</i>	Apotex AuroPharma Organon Sivem Sanis Mint Phmscience Sandoz	02371251 02423669 02241007 02388987 02427664 02389673 02392240 02313383
OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL 	Co.	20 mg	<i>ACH-Olmesartan</i> <i>Apo-Olmesartan</i> <i>Auro-Olmesartan</i> <i>GLN-Olmesartan</i> <i>Jamp-Olmesartan</i> <i>NRA-Olmesartan</i> <i>Olmesartan</i> <i>Olmetec</i> <i>pms-Olmesartan</i> <i>Sandoz Olmesartan</i> <i>Teva-Olmesartan</i>	Accord Apotex AuroPharma Glenmark Jamp Nora Sanis Organon Phmscience Sandoz Teva Can	02456311 02453452 02443864 02469812 02461641 02499258 02481057 02318660 02461307 02443414 02442191
	Co.	40 mg	<i>ACH-Olmesartan</i> <i>Apo-Olmesartan</i> <i>Auro-Olmesartan</i> <i>GLN-Olmesartan</i> <i>Jamp-Olmesartan</i> <i>NRA-Olmesartan</i> <i>Olmesartan</i> <i>Olmetec</i> <i>pms-Olmesartan</i> <i>Sandoz Olmesartan</i> <i>Teva-Olmesartan</i>	Accord Apotex AuroPharma Glenmark Jamp Nora Sanis Organon Phmscience Sandoz Teva Can	02456338 02453460 02443872 02469820 02461668 02499266 02481065 02318679 02461315 02443422 02442205
OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	20 mg - 12,5 mg	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i> <i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i> <i>Auro-Olmesartan HCTZ</i> <i>GLN-Olmesartan HCTZ</i> <i>NRA-Olmesartan HCTZ</i> <i>Olmesartan HCTZ</i> <i>Olmetec Plus</i> <i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Accord Apotex AuroPharma Glenmark Nora Sanis Organon Pharmaris	02468948 02453606 02476487 02475707 02508273 02509601 02319616 02526468
	Co.	40 mg - 12,5 mg	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i> <i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i> <i>Auro-Olmesartan HCTZ</i> <i>GLN-Olmesartan HCTZ</i> <i>NRA-Olmesartan HCTZ</i> <i>Olmesartan HCTZ</i> <i>Olmetec Plus</i> <i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Accord Apotex AuroPharma Glenmark Nora Sanis Organon Pharmaris	02468956 02453614 02476495 02475715 02508281 02509636 02319624 02526476
	Co.	40 mg - 25 mg	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i> <i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i> <i>Auro-Olmesartan HCTZ</i> <i>GLN-Olmesartan HCTZ</i> <i>NRA-Olmesartan HCTZ</i> <i>Olmesartan HCTZ</i> <i>Olmetec Plus</i> <i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Accord Apotex AuroPharma Glenmark Nora Sanis Organon Pharmaris	02468964 02453622 02476509 02475723 02508303 02509628 02319632 02526484

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (suite)

TELMISARTAN 	Co.	40 mg	AG-Telmisartan	Angita	02484536
			Auro-Telmisartan	AuroPharma	02453568
			Jamp Telmisartan	Jamp	02386755
			Micardis	Bo. Ing.	02240769
			Mint-Telmisartan	Mint	02486369
			NRA-Telmisartan	Nora	02503794
			pms-Telmisartan	Phmscience	02499622
			Sandoz Telmisartan	Sandoz	02375958
			Telmisartan	Accord	02407485
			Telmisartan	Sanis	02388944
			Telmisartan	Sivem	02390345
			Teva Telmisartan	Teva Can	02320177
			AG-Telmisartan	Angita	02484544
			Auro-Telmisartan	AuroPharma	02453576
			Jamp Telmisartan	Jamp	02386763
			Micardis	Bo. Ing.	02240770
			Mint-Telmisartan	Mint	02486377
			NRA-Telmisartan	Nora	02503808
			pms-Telmisartan	Phmscience	02499630
			Sandoz Telmisartan	Sandoz	02375966
			Telmisartan	Accord	02407493
			Telmisartan	Sanis	02388952
			Telmisartan	Sivem	02390353
			Teva Telmisartan	Teva Can	02320185
TELMISARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	80 mg - 12,5 mg	AG-Telmisartan-HCT	Angita	02484560
			Auro-Telmisartan HCTZ	AuroPharma	02456389
			Jamp Telmisartan-HCT	Jamp	02389940
			Micardis Plus	Bo. Ing.	02244344
			NRA-Telmisartan HCTZ	Nora	02504146
			pms-Telmisartan-HCTZ	Phmscience	02401665
			Sandoz Telmisartan HCT	Sandoz	02393557
			Telmisartan - HCTZ	Phmscience	02433214
			Telmisartan HCTZ	Sivem	02390302
			Telmisartan/ HCTZ	Sanis	02395355
			Telmisartan/Hydrochloro-thiazide	Accord	02419114
			Teva Telmisartan HCTZ	Teva Can	02330288
			AG-Telmisartan-HCT	Angita	02484579
			Auro-Telmisartan HCTZ	AuroPharma	02456397
			Jamp Telmisartan-HCT	Jamp	02389959
			Micardis Plus	Bo. Ing.	02318709
			NRA-Telmisartan HCTZ	Nora	02504138
			pms-Telmisartan-HCTZ	Phmscience	02401673
			Sandoz Telmisartan HCT	Sandoz	02393565
			Telmisartan - HCTZ	Phmscience	02433222
			Telmisartan HCTZ	Sivem	02390310
			Telmisartan/ HCTZ	Sanis	02395363
			Telmisartan/Hydrochloro-thiazide	Accord	02419122
			Teva Telmisartan HCTZ	Teva Can	02379252

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (suite)

TELMISARTAN/AMLODIPINE 	Co.	40 mg - 5 mg	Riva-Telmisartan/Amlodipine Twynsta	Riva	02559854
				Bo. Ing.	02371022
	Co.	40 mg - 10 mg	Riva-Telmisartan/Amlodipine Twynsta	Riva	02559862
				Bo. Ing.	02371030
	Co.	80 mg - 5 mg	AA-Telmisartan-Amlodipine Riva-Telmisartan/Amlodipine Twynsta	AA Pharma	02473488
				Riva	02559870
				Bo. Ing.	02371049
	Co.	80 mg - 10 mg	AA-Telmisartan-Amlodipine Riva-Telmisartan/Amlodipine Twynsta	AA Pharma	02473496
				Riva	02559889
				Bo. Ing.	02371057
VALSARTAN 	Co.	40 mg	Auro-Valsartan Diovan M-Valsartan Sandoz Valsartan Taro-Valsartan Valsartan Valsartan	AuroPharma Novartis Mantra Ph. Sandoz Sun Pharma Sanis Sivem	02414201 02270528 02524511 02356740 02363062 02366940 02384523
	Co.	80 mg	Auro-Valsartan Diovan M-Valsartan Sandoz Valsartan Taro-Valsartan Teva Valsartan Valsartan Valsartan	AuroPharma Novartis Mantra Ph. Sandoz Sun Pharma Teva Can Sanis Sivem	02414228 02244781 02524538 02356759 02363100 02356651 02366959 02384531
	Co.	160 mg	Auro-Valsartan Diovan M-Valsartan Sandoz Valsartan Taro-Valsartan Teva Valsartan Valsartan Valsartan	AuroPharma Novartis Mantra Ph. Sandoz Sun Pharma Teva Can Sanis Sivem	02414236 02244782 02524546 02356767 02363119 02356678 02366967 02384558
	Co.	320 mg	Auro-Valsartan Diovan Sandoz Valsartan Valsartan Valsartan	AuroPharma Novartis Sandoz Sanis Sivem	02414244 02289504 02356775 02366975 02384566
VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	80 mg - 12,5 mg	Auro-Valsartan HCT Diovan-HCT Sandoz Valsartan HCT Valsartan HCT Valsartan HCT	AuroPharma Novartis Sandoz Sanis Sivem	02408112 02241900 02356694 02367009 02384736
	Co.	160 mg - 12,5 mg	Auro-Valsartan HCT Diovan-HCT Sandoz Valsartan HCT Valsartan HCT Valsartan HCT	AuroPharma Novartis Sandoz Sanis Sivem	02408120 02241901 02356708 02367017 02384744
	Co.	160 mg - 25 mg	Auro-Valsartan HCT Diovan-HCT Sandoz Valsartan HCT Teva Valsartan/HCTZ Valsartan HCT Valsartan HCT	AuroPharma Novartis Sandoz Teva Can Sanis Sivem	02408139 02246955 02356716 02357011 02367025 02384752

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

24:32.08 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II (suite)

Co.	320 mg - 12,5 mg	Auro-Valsartan HCT	AuroPharma	02408147
		Diovan-HCT	Novartis	02308908
		Sandoz Valsartan HCT	Sandoz	02356724
		Valsartan HCT	Sanis	02367033
		Valsartan HCT	Sivem	02384760
Co.	320 mg - 25 mg	Auro-Valsartan HCT	AuroPharma	02408155
		Diovan-HCT	Novartis	02308916
		Sandoz Valsartan HCT	Sandoz	02356732
		Valsartan HCT	Sanis	02367041

24:32.12 RÉCEPT. ANGIOTENSINE II ANTAGO./INHI. NÉPROLYSINE

SACUBITRIL/VALSARTAN 	 Co.	24,3 mg - 25,7 mg	Entresto	Novartis	02446928
			pms-Sacubitril-Valsartan	Phmscience	02564432
			Sandoz Sacubitril-Valsartan	Sandoz	02549018
	Co.	48,6 mg - 51,4 mg	Entresto	Novartis	02446936
			pms-Sacubitril-Valsartan	Phmscience	02564440
			Sandoz Sacubitril-Valsartan	Sandoz	02549026
	Co.	97,2 mg - 102,8 mg	Entresto	Novartis	02446944
			pms-Sacubitril-Valsartan	Phmscience	02564459
			Sandoz Sacubitril-Valsartan	Sandoz	02549034

24:32.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTÉRONE

ÉPLÉRÉNONE 	 Co.	25 mg	Inspira	BGP Pharma	02323052
			Jamp Eplerenone	Jamp	02543389
			Mint-Eplerenone	Mint	02471442
	Co.	50 mg	Inspira	BGP Pharma	02323060
			Jamp Eplerenone	Jamp	02543397
			Mint-Eplerenone	Mint	02471450
FINÉRÉNONE 	 Co.	10 mg	Kerendia	Bayer	02531917
	 Co.	20 mg	Kerendia	Bayer	02531925
SPIRONOLACTONE 	Co.	25 mg	Jamp Spironolactone	Jamp	02518821
			Mint-Spironolactone	Mint	02488140
			Teva-Spironolactone	Teva Can	00613215
	Co.	100 mg	Jamp Spironolactone	Jamp	02518848
			Mint-Spironolactone	Mint	02488159
			Teva-Spironolactone	Teva Can	00613223

26:00

thérapie cellulaire et génique

26:12

thérapie génétique

26:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

26:12 THÉRAPIE GÉNÉTIQUE

ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVEC 	 Sol. Perf. I.V.	2 x 10E13 vecteurs génomiques/ mL	<i>Zolgensma</i>	Novartis	02509695
VORETIGÈNE NÉPARVOVEC 	 Trousse (Sol.Inj.S.Rét.)	5 x 10E12 vecteurs génomiques/ mL	<i>Luxturna</i>	Novartis	02505851

28:00

agents du système nerveux central

28:04	anesthésiques généraux
28:04.92	anesthésiques généraux, divers
28:08	analgésiques et antipyrétiques
28:08.04	agents anti-inflammatoires non corticoïdes
28:08.08	agonistes des opioïdes
28:08.12	agonistes partiels des opioïdes
28:08.92	analgésiques et antipyrétiques, divers
28:10	antagonistes des opioïdes
28:12	anticonvulsivants
28:12.04	barbituriques
28:12.08	benzodiazépines
28:12.12	hydantoïnes
28:12.20	succinimides
28:12.24	inhibiteurs des canaux ioniques
28:12.28	anticonvulsivants médiés par le gaba
28:12.92	anticonvulsivants, divers
28:16	agents psychothérapeutiques
28:16.04	antidépresseurs
28:16.08	antipsychotiques
28:20	agents anorexigènes et stimul. respirat. et du snc
28:20.04	amphétamines

28:00

28:20.32	stimulants respiratoires et du snc
28:20.80	agents favorisant l'état de veille
28:24	anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques
28:24.08	benzodiazépines
28:24.92	anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques; divers
28:28	agents anti-maniaques
28:32	agents anticéphalée
28:32.12	antagoniste peptide lié au gène calcitonine (cgrp)
28:32.28	agonistes sélectifs de la sérotonine
28:32.92	agents anticéphalée, divers
28:36	agents antiparkinsoniens
28:36.04	adamantanes
28:36.08	agents anticholinergiques
28:36.12	inhib. catéchol-o-méthyl-transférase (comt)
28:36.16	précurseurs de la dopamine
28:36.20	agonistes des récepteurs de la dopamine
28:36.32	inhibiteurs de la monoamine oxydase b
28:92	agents du système nerveux central, divers

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:04 ANESTHÉSQUES GÉNÉRAUX

ISOFLURANE	Liq.		<i>Forane</i> <i>Isoflurane</i>	Baxter Fresenius	02056666 02231929
KÉTAMINE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Kétalar</i>	Search Phm	00224391
	Sol. Inj.	50 mg/mL	<i>Kétalar</i>	Search Phm	00224405
SEVOFLURANE	Liq.		<i>Sevorane</i> <i>Sojour</i>	AbbVie C. Hospit.	02172763 02307766

28:04.92 ANESTHÉSQUES GÉNÉRAUX, DIVERS

ÉTOMIDATE	Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL (10 mL)	<i>Étomidate injection</i> <i>Tomvi</i>	Marcan Sterimax	02525453 02498650
PROPOFOL	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL	<i>Diprivan</i> <i>Injection de propofol</i> <i>pms-Propofol</i>	Aspen Marcan Phmscience	02018950 02525879 02244379

28:08.04 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON CORTICOÏDES

ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)	Co.	80 mg	<i>Rivasa FC (Co.)</i>	Riva	02202360
	Co.	325 mg	<i>A.A.S.</i> <i>A.S.A.</i>	Vita Phmscience	00530336 00040851
	Co. Croq.	80 mg	<i>Asaphen</i> <i>Bio-ASA</i> <i>Jamp-A.A.S. (Co. Croq.)</i> <i>M-ASA 80 mg croquable</i> <i>NRA-ASA 80 mg croquable</i> <i>Rivasa (Co. Croq.)</i>	Phmscience Biomed Jamp Mantra Ph. Nora Riva	02009013 02515687 02269139 02429950 02250675 02202352
	Co. Ent.	80 mg	<i>ASA EC (80 mg)</i> <i>Asaphen E.C.</i> <i>Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)</i> <i>Rivasa 80 mg EC</i>	Sanis Phmscience Jamp Riva	02427176 02238545 02283905 02485222
	Co. Ent.	81 mg	<i>Jamp-ASA 81 mg EC</i> <i>Praxis ASA EC</i> <i>Rivasa 81 mg EC</i>	Jamp Phmscience Riva	02427206 02283700 02420279
	Co. Ent.	325 mg	<i>Jamp-AAS EC</i>	Jamp	02010526
	Co. Ent.	600 mg à 650 mg	<i>pms-ASA EC</i>	Phmscience	02284537
	Caps.	100 mg	<i>AG-Celecoxib</i>	Angita	02437570
			<i>Apo-Celecoxib</i>	Apotex	02418932
			<i>Auro-Celecoxib</i>	AuroPharma	02445670
			<i>Bio-Celecoxib</i>	Biomed	02426382
			<i>Celebrex</i>	BGP Pharma	02239941
			<i>Celecoxib</i>	Sanis	02436299
			<i>Celecoxib</i>	Sivem	02429675
			<i>Jamp-Celecoxib</i>	Jamp	02424533
			<i>Mar-Celecoxib</i>	Marcan	02420058
			<i>M-Celecoxib</i>	Mantra Ph.	02495465
			<i>Mint-Celecoxib</i>	Mint	02412497
			<i>NRA-Celecoxib</i>	Nora	02479737
			<i>pmsc-Celecoxib</i>	Phmscience	02517116
			<i>Riva-Celecox</i>	Riva	02425386

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.04 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON CORTICOÏDES (suite)

	Caps.	200 mg	AG-Celecoxib Apo-Celecoxib Auro-Celecoxib Bio-Celecoxib Celebrex Celecoxib Celecoxib Jamp-Celecoxib Mar-Celecoxib M-Celecoxib Mint-Celecoxib NRA-Celecoxib pmsc-Celecoxib Riva-Celecox	Angita Apotex AuroPharma Biomed BGP Pharma Sanis Sivem Jamp Marcan Mantra Ph. Mint Nora Phmscience Riva	02437589 02418940 02445689 02426390 02239942 02436302 02429683 02424541 02420066 02495473 02412500 02479745 02517124 02425394
DICLOFÉNAC (POTASSIQUE OU SODIQUE)	Co.	50 mg	Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg Teva-Diclofenac K Voltaren Rapide 50 mg	Sandoz Teva Can Novartis	02261774 02239355 00881635
	Co. Ent.	50 mg	Apo-Diclo 50 mg Novo-Difenac 50 mg pms-Diclofenac 50 mg Pro-Diclofenac	Apotex Novopharm Phmscience Pro Doc	00839183 00808547 02302624 00870978
	Co. L.A.	100 mg	Apo-Diclo SR 100 mg Voltaren S.R. 100 mg	Apotex Novartis	02091194 00590827
DICLOFÉNAC SODIQUE	Co. Ent.	25 mg	Apo-Diclo 25 mg pms-Diclofenac 25 mg	Apotex Phmscience	00839175 02302616
	Co. L.A.	75 mg	Apo-Diclo S.R. 75 mg	Apotex	02162814
	Supp.	50 mg	Sandoz Diclofenac Voltaren	Sandoz Novartis	02261928 00632724
DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL	Co.	50 mg - 200 mcg	Arthrotec GD-Diclofenac/Misopros- tol pms-Diclofenac-Misopros- tol	Pfizer GenMed Phmscience	01917056 02341689 02413469
	Co.	75 mg - 200 mcg	Arthrotec 75 GD-Diclofenac/Misopros- tol pms-Diclofenac-Misopros- tol	Pfizer GenMed Phmscience	02229837 02341697 02413477
FLURBIPROFÈNE	Co.	50 mg	Flurbiprofen	AA Pharma	01912046
	Co.	100 mg	Flurbiprofen	AA Pharma	01912038
IBUPROFÈNE	Co.	200 mg	Apo-Ibuprofen Comprimés d'ibuprofène Ibuprofen Jamp-Ibuprofène	Apotex Jamp Jamp Jamp	00441643 02368072 02257912 02272849
INDOMÉTHACINE	Caps.	25 mg	Mint-Indomethacin Teva-Indomethacin	Mint Teva Can	02461811 00337420
	Caps.	50 mg	Mint-Indomethacin Teva-Indomethacin	Mint Teva Can	02461536 00337439
	Supp.	50 mg	Odan-Indomethacin	Odan	02231799
	Supp.	100 mg	Odan-Indomethacin	Odan	02231800

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.04 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON CORTICOÏDES (suite)

KÉTOPROFÈNE 	Co. Ent.	100 mg	<i>Ketoprofen-E 100 mg</i>	AA Pharma	00842664
	Co. L.A.	200 mg	<i>Ketoprofen SR 200 mg</i>	AA Pharma	02172577
MÉFÉNAMIQUE (ACIDE) 	Caps.	250 mg	<i>Mefenamic pms-Mefenamic Acid</i>	AA Pharma Phmscience	02229452 02231208
MÉLOXICAM 	Co.	7,5 mg	<i>Apo-Méloxicam Auro-Meloxicam Meloxicam pms-Méloxicam Teva-Meloxicam</i>	Apotex AuroPharma Sanis Phmscience Teva Can	02248973 02390884 02353148 02248267 02258315
	Co.	15 mg	<i>Apo-Méloxicam Auro-Meloxicam Meloxicam pms-Méloxicam Teva-Meloxicam</i>	Apotex AuroPharma Sanis Phmscience Teva Can	02248974 02390892 02353156 02248268 02258323
NAPROXÈNE 	Co.	250 mg	<i>Apo-Naproxen 250 mg Teva-Naproxen</i>	Apotex Teva Can	00522651 00565350
	Co.	375 mg	<i>Apo-Naproxen 375 mg Teva-Naproxen</i>	Apotex Teva Can	00600806 00627097
	Co.	500 mg	<i>Apo-Naproxen Teva-Naproxen</i>	Apotex Teva Can	00592277 00589861
	Co. Ent.	250 mg	<i>Apo-Naproxen EC Teva-Naproxen EC</i>	Apotex Teva Can	02246699 02243312
	Co. Ent.	375 mg	<i>Apo-Naproxen EC 375 mg Teva-Naproxen EC</i>	Apotex Teva Can	02246700 02243313
	Co. Ent.	500 mg	<i>Apo-Naproxen EC Naprosyn E Teva-Naproxen EC</i>	Apotex Atnahs Teva Can	02246701 02162423 02243314
	Co. L.A.	750 mg	<i>Naprosyn S.R. 750 mg</i>	Atnahs	02162466
	Supp.	500 mg	<i>pms-Naproxen</i>	Phmscience	02017237
NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE 	 Co.	375 mg - 20 mg	<i>Mylan-Naproxen/Esome- prazole MR Vimovo</i>	Mylan Xediton	02458608 02361701
	 Co.	500 mg - 20 mg	<i>Mylan-Naproxen/Esome- prazole MR Vimovo</i>	Mylan Xediton	02443449 02361728
PIROXICAM 	Caps.	10 mg	<i>Apo-Piroxicam</i>	Apotex	00642886
	Caps.	20 mg	<i>Apo-Piroxicam Teva-Piroxicam</i>	Apotex Teva Can	00642894 00695696
SULINDAC 	Co.	150 mg	<i>Teva-Sulindac</i>	Teva Can	00745588
	Co.	200 mg	<i>Teva-Sulindac</i>	Teva Can	00745596
TIAPROFÉNIQUE (ACIDE) 	Co.	200 mg	<i>Teva-Tiaprofenic</i>	Teva Can	02179679
	Co.	300 mg	<i>Teva-Tiaprofenic</i>	Teva Can	02179687

28:08.08 AGONISTES DES OPIOÏDES

ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE) 	Co.	300 mg - 30 mg	<i>Teva-Emtec-30 Triatec-30</i>	Teva Can Riva	00608882 00789828

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.08 AGONISTES DES OPIOÏDES (suite)

	Co.	300 mg - 60 mg	<i>Teva-Lenoltec No.4</i>	Teva Can	00621463
	Elix.	160 mg - 8 mg/5 mL	<i>pms-Acétaminophène avec codéine</i>	Phmscience	00816027
CODÉINE (BASE ET SULFATE) [Ⓜ]	Co. L.A.	50 mg	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	02230302
	Co. L.A.	100 mg	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	02163748
	Co. L.A.	150 mg	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	02163780
	Co. L.A.	200 mg	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	02163799
CODÉINE (PHOSPHATE DE) [Ⓜ]	Co.	15 mg	<i>Codéine pms-Codéine Teva-Codéine</i>	Trianon Phmscience Teva Can	02009889 02243978 00593435
	Co.	30 mg	<i>Codéine Teva-Codéine</i>	Riva Teva Can	02009757 00593451
	Sir.	25 mg/5 mL	<i>Codéine</i>	Atlas	00050024
FENTANYL [Ⓜ]	Timbre cut.	12 mcg/h	<i>Sandoz Fentanyl Patch Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	02327112 02311925
	Timbre cut.	25 mcg/h	<i>Sandoz Fentanyl Patch Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	02327120 02282941
	Timbre cut.	37 mcg/h	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	02327139
	Timbre cut.	50 mcg/h	<i>Sandoz Fentanyl Patch Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	02327147 02282968
	Timbre cut.	75 mcg/h	<i>Sandoz Fentanyl Patch Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	02327155 02282976
	Timbre cut.	100 mcg/h	<i>Sandoz Fentanyl Patch Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	02327163 02282984
FENTANYL (CITRATE DE) [Ⓜ]	Sol. Inj.	0,05 mg/mL	<i>Citrate de fentanyl injecta- ble</i>	Fresenius	02501554
			<i>Citrate de Fentanyl injec- tion</i>	Sandoz	02240434
			<i>Citrate de fentanyl pour injection</i>	Hikma	02385406
			<i>Citrate de fentanyl pour injection</i>	Jamp	02506963
			<i>Fentanyl Citrate Injection SDZ</i>	Sandoz	02384124
			<i>Fentanyl injection BP (2 ml)</i>	Sterimax	02496143
			<i>Fentanyl injection BP (20 ml)</i>	Sterimax	02496178
			<i>Fentanyl injection BP (5 ml)</i>	Sterimax	02496151
			<i>Fentanyl injection BP (50 ml)</i>	Sterimax	02496186
HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D') [Ⓜ]	Caps. L.A. (12 h)	3 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02125323
	Caps. L.A. (12 h)	4,5 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02359502
	Caps. L.A. (12 h)	6 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02125331
	Caps. L.A. (12 h)	9 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02359510
	Caps. L.A. (12 h)	12 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02125366
	Caps. L.A. (12 h)	18 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02243562

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.08 AGONISTES DES OPIOÏDES (suite)

Caps. L.A. (12 h)	24 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02125382
Caps. L.A. (12 h)	30 mg	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	02125390
Co.	1 mg	<i>Apo-Hydromorphone Dilaudid pms-Hydromorphone</i>	Apotex Purdue Phmscience	02364115 00705438 00885444
Co.	2 mg	<i>Apo-Hydromorphone Dilaudid pms-Hydromorphone</i>	Apotex Purdue Phmscience	02364123 00125083 00885436
Co.	4 mg	<i>Apo-Hydromorphone Dilaudid pms-Hydromorphone</i>	Apotex Purdue Phmscience	02364131 00125121 00885401
Co.	8 mg	<i>Apo-Hydromorphone Dilaudid pms-Hydromorphone</i>	Apotex Purdue Phmscience	02364158 00786543 00885428
Sir.	1 mg/mL	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	01916386
Sol. Inj.	1 mg/mL	<i>Chlorhydrate d'hydromor- phone injection</i>	Sandoz	02514435
Sol. Inj.	2 mg/mL (1 mL)	<i>Chlorhydrate d'hydromor- phone Chlorhydrate d'hydromor- phone injectable Chlorhydrate d'hydromor- phone pour injection Hydromorphone</i>	Sterimax Fresenius Jamp Sandoz	02460602 02491699 02529645 02145901
Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Chlorhydrate d'hydromor- phone HP 10 Chlorhydrate d'hydromor- phone injectable Hydromorphone HP 10</i>	Sterimax Fresenius Sandoz	02460610 02491680 02145928
Sol. Inj.	20 mg/mL	<i>Hydromorphone HP 20</i>	Sandoz	02145936
Sol. Inj.	50 mg/mL	<i>Chlorhydrate d'hydromor- phone HP 50 Hydromorphone HP 50 Hydromorphone HP 50</i>	Sterimax Sandoz Sandoz	02469413 02146126 99003163
Supp.	3 mg	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	01916394
Co.	1 mg	<i>Apo-Methadone Metadol</i>	Apotex Paladin	02533642 02247698
Co.	5 mg	<i>Apo-Methadone Metadol</i>	Apotex Paladin	02533650 02247699
Co.	10 mg	<i>Apo-Methadone Metadol</i>	Apotex Paladin	02533669 02247700
Co.	25 mg	<i>Apo-Methadone Metadol</i>	Apotex Paladin	02533677 02247701
Sol. Orale	1 mg/mL	<i>Metadol</i>	Paladin	02247694

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.08 AGONISTES DES OPIOÏDES (suite)

Sol. Orale	10 mg/mL	<i>Jamp Methadone Oral Concentrate</i>	Jamp	02495783
		<i>Metadol</i>	Paladin	02241377
		<i>Metadol-D</i>	Paladin	02244290
		<i>Methadose</i>	Mallinckro	02394596
		<i>Methadose (sans sucre)</i>	Mallinckro	02394618
		<i>Odan-Methadone</i>	Odan	02495872
		<i>Odan-Methadone (sans sucre)</i>	Odan	02495880
		<i>pms-Methadone Oral</i>	Phmscience	02552736
		<i>pms-Methadone Oral (sans sucre)</i>	Phmscience	02552728

MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE)

Caps. L.A.	10 mg	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	02019930
Caps. L.A.	15 mg	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	02177749
Caps. L.A.	30 mg	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	02019949
Caps. L.A.	60 mg	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	02019957
Caps. L.A.	100 mg	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	02019965
Caps. L.A.	200 mg	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	02177757
Caps. L.A. (24 h)	10 mg	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	02242163
Caps. L.A. (24 h)	20 mg	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	02184435
Caps. L.A. (24 h)	50 mg	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	02184443
Caps. L.A. (24 h)	100 mg	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	02184451
Co.	5 mg	<i>MS-IR</i> <i>pms-Morphine Sulfate</i> <i>Statex</i>	Purdue Phmscience Paladin	02014203 02549794 00594652
Co.	10 mg	<i>MS-IR</i> <i>pms-Morphine Sulfate</i> <i>Statex</i>	Purdue Phmscience Paladin	02014211 02549808 00594644
Co.	20 mg	<i>MS-IR</i>	Purdue	02014238
Co.	30 mg	<i>MS-IR</i>	Purdue	02014254
Co. L.A.	15 mg	<i>MS Contin</i> <i>Sandoz Morphine SR</i> <i>Teva-Morphine SR</i>	Purdue Sandoz Teva Can	02015439 02244790 02302764
Co. L.A.	30 mg	<i>MS Contin</i> <i>Sandoz Morphine SR</i> <i>Teva-Morphine SR</i>	Purdue Sandoz Teva Can	02014297 02244791 02302772
Co. L.A.	60 mg	<i>MS Contin</i> <i>Sandoz Morphine SR</i> <i>Teva-Morphine SR</i>	Purdue Sandoz Teva Can	02014300 02244792 02302780
Co. L.A.	100 mg	<i>MS Contin</i> <i>Sandoz Morphine SR</i> <i>Teva-Morphine SR</i>	Purdue Sandoz Teva Can	02014319 02478889 02302799
Co. L.A.	200 mg	<i>MS Contin</i> <i>Sandoz Morphine SR</i> <i>Teva-Morphine SR</i>	Purdue Sandoz Teva Can	02014327 02478897 02302802
Sir.	1 mg/mL	<i>Doloral 1</i>	Atlas	00614491
Sir.	5 mg/mL	<i>Doloral 5</i>	Atlas	00614505

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.08 AGONISTES DES OPIOÏDES (suite)

	Sol. Inj.	2 mg/mL	<i>Morphine (sulfate de) Sulfate de morphine in- jectable Sulfate de morphine pour injection</i>	Sandoz Fresenius Jamp	02242484 02482681 02500701
	Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Morphine (sulfate de) Sulfate de morphine in- jectable Sulfate de morphine in- jection Sulfate de morphine pour injection</i>	Sandoz Fresenius Sterimax Jamp	00392588 02482746 02474980 02500728
	Sol. Inj.	50 mg/mL	<i>Morphine H.P. 50</i>	Sandoz	00617288
	Sol. Inj. Epi.	0,5 mg/mL	<i>Morphine LP Epidurale Sulfate de morphine in- jection épidurale</i>	Sandoz Sterimax	02021056 02498278
	Sol. Inj. Epi.	1 mg/mL	<i>Morphine LP Epidurale Sulfate de morphine in- jection épidurale</i>	Sandoz Sterimax	02021048 02498286
OXYCODONE 	 Co. L.A.	5 mg	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	02366746
	 Co. L.A.	10 mg	<i>Apo-Oxycodone CR OxyNEO pms-Oxycodone CR</i>	Apotex Purdue Phmscience	02366754 02372525 02309882
	 Co. L.A.	15 mg	<i>Apo-Oxycodone CR OxyNEO</i>	Apotex Purdue	02394766 02372533
	 Co. L.A.	20 mg	<i>Apo-Oxycodone CR OxyNEO pms-Oxycodone CR</i>	Apotex Purdue Phmscience	02366762 02372797 02309890
	 Co. L.A.	30 mg	<i>Apo-Oxycodone CR OxyNEO</i>	Apotex Purdue	02394774 02372541
	 Co. L.A.	40 mg	<i>Apo-Oxycodone CR OxyNEO pms-Oxycodone CR</i>	Apotex Purdue Phmscience	02306530 02372568 02309904
	 Co. L.A.	60 mg	<i>Apo-Oxycodone CR OxyNEO</i>	Apotex Purdue	02394782 02372576
	 Co. L.A.	80 mg	<i>Apo-Oxycodone CR OxyNEO pms-Oxycodone CR</i>	Apotex Purdue Phmscience	02366789 02372584 02309912
OXYCODONE (CHLORHYDRATE D') 	Co.	5 mg	<i>pms-Oxycodone Supeudol</i>	Phmscience Sandoz	02319977 00789739
	Co.	10 mg	<i>Oxy IR pms-Oxycodone Supeudol</i>	Purdue Phmscience Sandoz	02240131 02319985 00443948
	Co.	20 mg	<i>Oxy IR pms-Oxycodone Supeudol 20</i>	Purdue Phmscience Sandoz	02240132 02319993 02262983
REMIFENTANIL (CHLORHYDRATE DE) 	Pd. Inj.	1 mg	<i>Chlorhydrate de rémifen- tanil pour injection</i>	Sterimax	02366460
SUFENTANIL (CITRATE DE) 	Sol. Inj.	50 mcg/mL	<i>Citrate de Sufentanil Citrate de Sufentanil</i>	Sandoz Sterimax	02244147 02442213

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.12 AGONISTES PARTIELS DES OPIOÏDES

BUPRÉNORPHINE 	Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/0,5 mL	<i>Sublocade</i>	Indivior	02483084
	Sol. Inj. S.C. (ser)	300 mg/1,5 mL	<i>Sublocade</i>	Indivior	02483092
BUPRÉNORPHINE/NALOXONE 	Co. S-Ling.	2 mg - 0,5 mg	<i>pms-Buprenorphine/Naloxone</i>	Phmscience	02424851
			<i>Suboxone</i>	Indivior	02295695
			<i>Teva-Buprenorphine/Naloxone</i>	Teva Can	02453908
	Co. S-Ling.	8 mg - 2 mg	<i>pms-Buprenorphine/Naloxone</i>	Phmscience	02424878
			<i>Suboxone</i>	Indivior	02295709
			<i>Teva-Buprenorphine/Naloxone</i>	Teva Can	02453916
	Film	2 mg - 0,5 mg	<i>Suboxone</i>	Indivior	02502313
	Film	4 mg - 1 mg	<i>Suboxone</i>	Indivior	02502321
	Film	8 mg - 2 mg	<i>Suboxone</i>	Indivior	02502348
	Film	12 mg - 3 mg	<i>Suboxone</i>	Indivior	02502356
BUTORPHANOL (TARTRATE DE) 	Vap. nasal	10 mg/mL	<i>Butorphanol</i>	AA Pharma	02242504
PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	50 mg	<i>Talwin</i>	SanofiAven	02137984

28:08.92 ANALGÉSQUES ET ANTIPYRÉTIQUES, DIVERS

ACÉTAMINOPHÈNE	Co.	325 mg	<i>Acétaminophène</i>	Domrex	00743542
			<i>Acétaminophène</i>	Riva	02022214
			<i>Acétaminophène 325 mg</i>	Cellchem	02252805
			<i>Acétaminophène Caplet 325</i>	Riva	02362198
			<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	01938088
			<i>Novo-Gesic</i>	Novopharm	00389218
	Co.	500 mg	<i>Acétaminophène</i>	Riva	02022222
			<i>Acétaminophène 500 mg</i>	Cellchem	02255251
			<i>EF facile à avaler</i>		
			<i>Acétaminophène 500 mg Extra fort</i>	Cellchem	02252813
			<i>Acétaminophène Blason Shield 500</i>	Riva	02362201
			<i>Acétaminophène Caplet 500</i>	Riva	02362228
			<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	01939122
			<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	02355299
			<i>Novo-Gesic Forte</i>	Novopharm	00482323
	Liq.	80 mg/5 mL	<i>Tempra</i>	Paladin	00884553
	Liq.	160 mg/5 mL	<i>Jamp-Acétaminophène</i> <i>PDP-Acetaminophen solution</i>	Jamp Pendopharm	01901389 00792691
	Sol. Orale Péd.	80 mg/mL	<i>Atasol</i>	C. & D.	00631353
			<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	01935275
			<i>Pédiatrix</i>	Teva Can	02027801
			<i>Tempra</i>	Paladin	00875988
ACÉTAMINOPHÈNE 	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (10 mL)	<i>Acétaminophène</i>	B. BRAUN	02535734
	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (50 mL)	<i>Acétaminophène</i>	B. BRAUN	02535742

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:08.92 ANALGÉSQUES ET ANTIPYRÉTIQUES, DIVERS (suite)

☞ Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (100 mL)	Acétaminophène Acétaminophène injectable Acétaminophène injectable	B. BRAUN Avir Baxter	02535750 02483343 02519305

ACÉTAMINOPHÈNE

Supp.	120 mg	Acet 120	Pendopharm	02230434
Supp.	160 mg	Acet 160	Pendopharm	02230435
Supp.	325 mg	Acet 325	Pendopharm	02230436
Supp.	650 mg	Acet 650	Pendopharm	02230437

28:10 ANTAGONISTES DES OPIOÏDES

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE ☞

Co. S-Ling.	2 mg - 0,5 mg	pms-Buprenorphine/Naloxone Suboxone Teva-Buprenorphine/Naloxone	Phmscience Indivior Teva Can	02424851 02295695 02453908
Co. S-Ling.	8 mg - 2 mg	pms-Buprenorphine/Naloxone Suboxone Teva-Buprenorphine/Naloxone	Phmscience Indivior Teva Can	02424878 02295709 02453916
Film	2 mg - 0,5 mg	Suboxone	Indivior	02502313
Film	4 mg - 1 mg	Suboxone	Indivior	02502321
Film	8 mg - 2 mg	Suboxone	Indivior	02502348
Film	12 mg - 3 mg	Suboxone	Indivior	02502356

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) ☞

Sol. Inj.	0,4 mg/mL	Chlorhydrate de naloxone injection Chlorhydrate de Naloxone pour injection USP Naloxone	Oméga Hikma Sandoz	02393034 02382482 02148706
Sol. Inj.	1 mg/mL	Chlorhydrate de naloxone injection Naloxone	Oméga Sandoz	02393042 02148714

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)

Sol. inj.	0,4 mg/mL	S.O.S Naloxone Hydrochloride Injection	Sandoz	02453258
Sol. Inj. (ser)	0,4 mg/mL (1 mL)	Chlorhydrate de naloxone injectable USP	Sterinova	02548194
Vap. nasal	4 mg/0,1 mL	Vaporisateur nasal Narcan Vaporisateur Nasal Teva-Naloxone	Emergent Teva Can	02458187 02511568

NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE) ☞

Co.	50 mg	Apo-Naltrexone Comprimés de chlorhydrate de naltrexone Revla	Apotex Jamp Teva Can	02444275 02451883 02213826

28:12.04 BARBITURIQUES

PHÉNOBARBITAL ☞

Co.	15 mg	JAMP Phenobarbital Phenobarb	Jamp Pendopharm	02557789 00178799

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.04 BARBITURIQUES (suite)

	Co.	30 mg	<i>JAMP Phenobarbital Phenobarb</i>	Jamp Pendopharm	02557797 00178802
	Co.	60 mg	<i>JAMP Phenobarbital Phenobarb</i>	Jamp Pendopharm	02557800 00178810
	Co.	100 mg	<i>JAMP Phenobarbital Phenobarb</i>	Jamp Pendopharm	02557819 00178829
	Elix.	25 mg/5 mL	<i>Phenobarb élixir</i>	Pendopharm	00645575
PHÉNOBARBITAL SODIQUE ⚡	Sol. Inj.	30 mg/mL (1 mL)	<i>Phenobarbital sodium in- jection</i>	Sandoz	02304082
	Sol. Inj.	120 mg/mL (1 mL)	<i>Phenobarbital sodium in- jection</i>	Sandoz	02304090
PRIMIDONE ⚡	Co.	125 mg	<i>Primidone</i>	AA Pharma	00399310
	Co.	250 mg	<i>Primidone</i>	AA Pharma	00396761

28:12.08 BENZODIAZÉPINES

CLOBAZAM ⚡	Co.	10 mg	<i>Apo-Clobazam Teva-Clobazam</i>	Apotex Teva Can	02244638 02238334
CLONAZÉPAM ⚡	Co.	0,25 mg	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	02179660
	Co.	0,5 mg	<i>Apo-Clonazepam pms-Clonazépam-R Rivotril</i>	Apotex Phmscience Cheplaphar	02177889 02207818 00382825
	Co.	1 mg	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	02048728
	Co.	2 mg	<i>Apo-Clonazepam pms-Clonazépam Riva-Clonazepam Rivotril</i>	Apotex Phmscience Riva Cheplaphar	02177897 02048736 02242078 00382841

28:12.12 HYDANTOINES

PHÉNYTOÏNE ⚡	Co.	50 mg	<i>Dilantin Infatabs</i>	BGP Pharma	00023698
	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Taro-Phenytoin</i>	Taro	02250896
PHÉNYTOÏNE SODIQUE ⚡	Caps.	30 mg	<i>Dilantin</i>	BGP Pharma	00022772
	Caps.	100 mg	<i>Dilantin Phenytoin</i>	BGP Pharma AA Pharma	00022780 02460912
	Sol. Inj.	50 mg/mL	<i>Phenytoin Phenytoin Sodium Injec- tion</i>	Sandoz Oméga	00780626 00498335
			<i>Phénytoïne sodique pour injection USP</i>	Sterimax	02431378

28:12.20 SUCCINIMIDES

ÉTHOSUXIMIDE ⚡	Caps.	250 mg	<i>Mar-Ethosuximide Odan-Ethosuximide Zarontin</i>	Marcan Odan Search Phm	02545772 02547171 00022799
	Sir.	250 mg/5 mL	<i>Zarontin</i>	Search Phm	00023485

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.24 INHIBITEURS DES CANAUX IONIQUES

CÉNOBAMATE

	Co.	12,5 mg	<i>Xcopri</i>	Knight	02538652
	Co.	12,5 mg (14 co.) - 25 mg (14 co.)	<i>Xcopri (trousse de départ)</i>	Knight	02538776
	Co.	25 mg	<i>Xcopri</i>	Knight	02538660
	Co.	50 mg	<i>Xcopri</i>	Knight	02538725
	Co.	50 mg (14 co.) - 100 mg (14 co.)	<i>Xcopri (trousse de départ)</i>	Knight	02538784
	Co.	100 mg	<i>Xcopri</i>	Knight	02538733
	Co.	150 mg	<i>Xcopri</i>	Knight	02538741
	Co.	150 mg (14 co.) - 200 mg (14 co.)	<i>Xcopri (trousse de départ)</i>	Knight	02538792
	Co.	200 mg	<i>Xcopri</i>	Knight	02538768

28:12.28 ANTICONVULSIVANTS MÉDIÉS PAR LE GABA

GABAPENTINE

Caps.	100 mg	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	02477912
		<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	02244304
		<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	02321203
		<i>Gabapentin</i>	Accord	02416840
		<i>Gabapentin</i>	Sanis	02353245
		<i>Gabapentin</i>	Sivem	02246314
		<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	02535246
		<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	02361469
		<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	02408880
		<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	02084260
		<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	02550016
		<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	02243446
		<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	02251167
		<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	02244513
Caps.	300 mg	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	02477920
		<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	02244305
		<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	02321211
		<i>Gabapentin</i>	Accord	02416859
		<i>Gabapentin</i>	Sanis	02353253
		<i>Gabapentin</i>	Sivem	02246315
		<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	02535254
		<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	02361485
		<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	02408899
		<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	02084279
		<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	02550024
		<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	02243447
		<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	02251175
		<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	02244514
Caps.	400 mg	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	02477939
		<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	02244306
		<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	02321238
		<i>Gabapentin</i>	Accord	02416867
		<i>Gabapentin</i>	Sanis	02353261
		<i>Gabapentin</i>	Sivem	02246316
		<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	02535262
		<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	02361493
		<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	02408902
		<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	02084287
		<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	02550032
		<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	02243448
		<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	02251183
		<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	02244515

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.28 ANTICONVULSIVANTS MÉDIÉS PAR LE GABA (suite)

PRÉGABALINE

Caps.	25 mg	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	02449838
		<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	02480727
		<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	02394235
		<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	02433869
		<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	02541122
		<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	02435977
		<i>Lyrica</i>	BGP Pharma	02268418
		<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	02423804
		<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	02467291
		<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	02494841
		<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	02554836
		<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	02479117
		<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	02359596
		<i>Pregabalin</i>	Altamed	02474352
		<i>Pregabalin</i>	Sanis	02405539
		<i>Pregabalin</i>	Sivem	02403692
		<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	02377039
		<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	02390817
		<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	02392801
		<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	02361159
Caps.	50 mg	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	02449846
		<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	02480735
		<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	02394243
		<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	02433877
		<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	02541130
		<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	02435985
		<i>Lyrica</i>	BGP Pharma	02268426
		<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	02423812
		<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	02467305
		<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	02494868
		<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	02554844
		<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	02479125
		<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	02359618
		<i>Pregabalin</i>	Altamed	02474360
		<i>Pregabalin</i>	Sanis	02405547
		<i>Pregabalin</i>	Sivem	02403706
		<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	02377047
		<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	02390825
		<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	02392828
		<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	02361175
Caps.	75 mg	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	02449854
		<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	02480743
		<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	02394251
		<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	02433885
		<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	02541149
		<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	02435993
		<i>Lyrica</i>	BGP Pharma	02268434
		<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	02424185
		<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	02467313
		<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	02494876
		<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	02554852
		<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	02479133
		<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	02359626
		<i>Pregabalin</i>	Altamed	02474379
		<i>Pregabalin</i>	Sanis	02405555
		<i>Pregabalin</i>	Sivem	02403714
		<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	02377055
		<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	02390833
		<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	02392836
		<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	02361183

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.28 ANTICONVULSIVANTS MÉDIÉS PAR LE GABA (suite)

Caps.	150 mg	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	02449870
		<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	02480751
		<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	02394278
		<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	02433907
		<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	02541165
		<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	02436000
		<i>Lyrica</i>	BGP Pharma	02268450
		<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	02424207
		<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	02467321
		<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	02494884
		<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	02554860
		<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	02479168
		<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	02359634
		<i>Pregabalin</i>	Altamed	02474387
		<i>Pregabalin</i>	Sanis	02405563
		<i>Pregabalin</i>	Sivem	02403722
		<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	02377063
		<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	02390841
		<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	02392844
		<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	02361205
Caps.	300 mg	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	02449900
		<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	02480778
		<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	02394294
		<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	02541203
		<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	02436019
		<i>Lyrica</i>	BGP Pharma	02268485
		<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	02541963
		<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	02494906
		<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	02554887
		<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	02479192
		<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	02359642
		<i>Pregabalin</i>	Sanis	02405598
		<i>Pregabalin</i>	Sivem	02403730
		<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	02377071
		<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	02390868
		<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	02392860
		<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	02361248

28:12.92 ANTICONVULSIVANTS, DIVERS

BRIVARACÉTAM

	Co.	10 mg	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	02538679
			<i>Brivlera</i>	U.C.B.	02452936
	Co.	25 mg	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	02538687
			<i>Brivlera</i>	U.C.B.	02452944
	Co.	50 mg	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	02538695
			<i>Auro-Brivaracetam</i>	AuroPharma	02539292
	Co.	75 mg	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	02538709
			<i>Brivlera</i>	U.C.B.	02452960
	Co.	100 mg	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	02538717
			<i>Auro-Brivaracetam</i>	AuroPharma	02539306
	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL (5 mL)	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	02452979
	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL (5 mL)	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	02452995

CANNABIDIOL

	Sol. Orale	100 mg/mL (100 mL)	<i>Épidiolex</i>	Jazz	02543079

CARBAMAZÉPINE

Co.	200 mg	<i>Mint-Carbamazepine</i>	Mint	02541238
		<i>Tegretol</i>	Novartis	00010405
		<i>Teva-Carbamazepine</i>	Teva Can	00782718
Co. Croq.	100 mg	<i>Taro-Carbamazepine</i>	Taro	02244403
		<i>Chewable</i>		

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.92 ANTICONVULSIVANTS, DIVERS (suite)

	Co. Croq.	200 mg	Taro-Carbamazepine Chewable	Taro	02244404
	Co. L.A.	200 mg	Sandoz Carbamazepine CR	Sandoz	02261839
			Tegretol CR	Novartis	00773611
	Co. L.A.	400 mg	Sandoz Carbamazepine CR	Sandoz	02261847
			Tegretol CR	Novartis	00755583
	Susp. Orale	100 mg/5 mL	Taro-Carbamazepine Tegretol	Taro Novartis	02367394 02194333
DIVALPROEX SODIQUE 	Co. Ent.	125 mg	Apo-Divalproex Epival 125 Mylan-Divalproex	Apotex BGP Pharma Mylan	02239698 00596418 02458926
	Co. Ent.	250 mg	Apo-Divalproex Epival 250 Mylan-Divalproex	Apotex BGP Pharma Mylan	02239699 00596426 02458934
	Co. Ent.	500 mg	Apo-Divalproex Epival 500 Mylan-Divalproex Novo-Divalproex	Apotex BGP Pharma Mylan Novopharm	02239700 00596434 02459019 02239703
	Co.	200 mg	Apo-Eslicarbazepine Aptiom Auro-Eslicarbazepine	Apotex Sumitomo AuroPharma	02537931 02426862 02527421
	Co.	400 mg	Apo-Eslicarbazepine Aptiom Auro-Eslicarbazepine	Apotex Sumitomo AuroPharma	02537958 02426870 02527448
	Co.	600 mg	Apo-Eslicarbazepine Aptiom Auro-Eslicarbazepine	Apotex Sumitomo AuroPharma	02537966 02426889 02527456
	Co.	800 mg	Apo-Eslicarbazepine Aptiom Auro-Eslicarbazepine	Apotex Sumitomo AuroPharma	02537974 02426897 02527464
GABAPENTINE 	Co.	600 mg	Apo-Gabapentin Auro-Gabapentin Comprimés de gabapentine Gabapentin	Apotex AuroPharma Glenmark Accord	02293358 02428334 02410990 02392526
			Gabapentin	Jamp	02432072
			Gabapentin	Sanis	02431289
			Gabapentin	Sivern	02388200
			Jamp-Gabapentin	Jamp	02402289
			Neurontin	BGP Pharma	02239717
			Teva-Gabapentin	Teva Can	02248457
	Co.	800 mg	Apo-Gabapentin Auro-Gabapentin Comprimés de gabapentine Gabapentin	Apotex AuroPharma Glenmark Accord	02293366 02428342 02411008 02392534
			Gabapentin	Jamp	02432080
			Gabapentin	Sanis	02431297
			Gabapentin	Sivern	02388219
			Jamp-Gabapentin	Jamp	02402297
			Neurontin	BGP Pharma	02239718
			Teva-Gabapentin	Teva Can	02247346

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.92 ANTICONVULSIVANTS, DIVERS (suite)

LACOSAMIDE		Co.	50 mg	ACH-Lacosamide	Accord	02489287
				AG-Lacosamide	Angita	02501910
				Auro-Lacosamide	AuroPharma	02475332
				Jamp-Lacosamide	Jamp	02488388
				Lacosamide	Sanis	02512874
				Mint-Lacosamide	Mint	02490544
				NRA-Lacosamide	Nora	02499568
				Pharma-Lacosamide	Phmscience	02478196
				Riva-Lacosamide	Riva	02565056
				Sandoz Lacosamide	Sandoz	02474670
				Teva-Lacosamide	Teva Can	02472902
				Vimpat	U.C.B.	02357615
				ZDS-Lacosamide	Zydus Ph	02487802
					Co.	100 mg
AG-Lacosamide	Angita	02501929				
Auro-Lacosamide	AuroPharma	02475340				
Jamp-Lacosamide	Jamp	02488396				
Lacosamide	Sanis	02512882				
Mint-Lacosamide	Mint	02490552				
NRA-Lacosamide	Nora	02499576				
Pharma-Lacosamide	Phmscience	02478218				
Riva-Lacosamide	Riva	02565064				
Sandoz Lacosamide	Sandoz	02474689				
Teva-Lacosamide	Teva Can	02472910				
Vimpat	U.C.B.	02357623				
ZDS-Lacosamide	Zydus Ph	02487810				
	Co.	150 mg	ACH-Lacosamide			
			AG-Lacosamide	Angita	02501937	
			Auro-Lacosamide	AuroPharma	02475359	
			Jamp-Lacosamide	Jamp	02488418	
			Lacosamide	Sanis	02512890	
			Mint-Lacosamide	Mint	02490560	
			NRA-Lacosamide	Nora	02499584	
			Pharma-Lacosamide	Phmscience	02478226	
			Riva-Lacosamide	Riva	02565072	
			Sandoz Lacosamide	Sandoz	02474697	
			Teva-Lacosamide	Teva Can	02472929	
			Vimpat	U.C.B.	02357631	
			ZDS-Lacosamide	Zydus Ph	02487829	
				Co.	200 mg	ACH-Lacosamide
AG-Lacosamide	Angita	02501945				
Auro-Lacosamide	AuroPharma	02475367				
Jamp-Lacosamide	Jamp	02488426				
Lacosamide	Sanis	02512904				
Mint-Lacosamide	Mint	02490579				
NRA-Lacosamide	Nora	02499592				
Pharma-Lacosamide	Phmscience	02478234				
Riva-Lacosamide	Riva	02565080				
Sandoz Lacosamide	Sandoz	02474700				
Teva-Lacosamide	Teva Can	02472937				
Vimpat	U.C.B.	02357658				
ZDS-Lacosamide	Zydus Ph	02487837				
	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL				Vimpat
LAMOTRIGINE		Co.	25 mg	AG-Lamotrigine	Angita	02543710
				Apo-Lamotrigine	Apotex	02245208
				Auro-Lamotrigine	AuroPharma	02381354
				JAMP Lamotrigine	Jamp	02542730
				Lamictal	GSK	02142082
				Lamotrigine	Sanis	02343010
				Lamotrigine	Sivem	02428202
				Mylan-Lamotrigine	Mylan	02265494
				pms-Lamotrigine	Phmscience	02246897

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.92 ANTICONVULSIVANTS, DIVERS (suite)

Co.	100 mg	AG-Lamotrigine	Angita	02543729
		Apo-Lamotrigine	Apotex	02245209
		Auro-Lamotrigine	AuroPharma	02381362
		JAMP Lamotrigine	Jamp	02542749
		Lamictal	GSK	02142104
		Lamotrigine	Sanis	02343029
		Lamotrigine	Sivem	02428210
		Mylan-Lamotrigine	Mylan	02265508
		pms-Lamotrigine	Phmscience	02246898
Co.	150 mg	AG-Lamotrigine	Angita	02543737
		Apo-Lamotrigine	Apotex	02245210
		Auro-Lamotrigine	AuroPharma	02381370
		JAMP Lamotrigine	Jamp	02542757
		Lamictal	GSK	02142112
		Lamotrigine	Sanis	02343037
		Lamotrigine	Sivem	02428229
		Mylan-Lamotrigine	Mylan	02265516
		pms-Lamotrigine	Phmscience	02246899
Co. Croq.	2 mg	Lamictal	GSK	02243803
Co. Croq.	5 mg	Lamictal	GSK	02240115
LÉVÉTIRACÉTAM 	250 mg	AG-Levetiracetam	Angita	02485192
		Apo-Levetiracetam	Apotex	02285924
		Auro-Levetiracetam	AuroPharma	02375249
		Jamp Levetiracetam Tab-lets	Jamp	02504553
		Jamp-Levetiracetam	Jamp	02403005
		Keppra	U.C.B.	02247027
		Levetiracetam	Accord	02399776
		Levetiracetam	Sanis	02353342
		Levetiracetam	Sivem	02442531
		Mint-Levetiracetam	Mint	02442388
		M-Levetiracetam	Mantra Ph.	02524562
		NRA-Levetiracetam	Nora	02499193
		pms-Levetiracetam	Phmscience	02296101
		Riva-Levetiracetam	Riva	02482274
		Sandoz Levetiracetam	Sandoz	02461986
		Teva- Levetiracetam	Teva Can	02274183
Co.	500 mg	AG-Levetiracetam	Angita	02485206
		Apo-Levetiracetam	Apotex	02285932
		Auro-Levetiracetam	AuroPharma	02375257
		Jamp Levetiracetam Tab-lets	Jamp	02504561
		Jamp-Levetiracetam	Jamp	02403021
		Keppra	U.C.B.	02247028
		Levetiracetam	Accord	02399784
		Levetiracetam	Sanis	02353350
		Levetiracetam	Sivem	02442558
		Mint-Levetiracetam	Mint	02442396
		M-Levetiracetam	Mantra Ph.	02524570
		NRA-Levetiracetam	Nora	02499207
		pms-Levetiracetam	Phmscience	02296128
		Riva-Levetiracetam	Riva	02482282
		Sandoz Levetiracetam	Sandoz	02461994
		Teva- Levetiracetam	Teva Can	02274191

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.92 ANTICONVULSIVANTS, DIVERS (suite)

	Co.	750 mg	AG-Levetiracetam Apo-Levetiracetam Auro-Levetiracetam Jamp Levetiracetam Tablets Jamp-Levetiracetam Keppra Levetiracetam Levetiracetam Levetiracetam Mint-Levetiracetam M-Levetiracetam NRA-Levetiracetam pms-Levetiracetam Riva-Levetiracetam Sandoz Levetiracetam Teva-Levetiracetam	Angita Apotex AuroPharma Jamp Jamp U.C.B. Accord Sanis Sivem Mint Mantra Ph. Nora Phmscience Riva Sandoz Teva Can	02485214 02285940 02375265 02504588 02403048 02247029 02399792 02353369 02442566 02442418 02524589 02499215 02296136 02482290 02462001 02274205
	Co.	1000 mg	Sandoz Levetiracetam	Sandoz	02462028
	Sol. Orale	100 mg/mL	Mint-Levetiracetam Solution pdp-levetiracetam Pharma-Levetiracetam	Mint Pendopharm Phmscience	02558416 02490447 02515318
	Sol. Perf. I.V.	100 mg/mL	Lévétiracétam Injectable pdp-levetiracetam	Sterimax Pendopharm	02527375 02490439
	MAGNÉSIUM (SULFATE DE)	Sol. Inj.	200 mg/mL	Magnésium (sulfate de)	Sandoz 00392618
	Sol. Inj.	500 mg/mL	Magnésium (sulfate de) Sulfate de Magnésium Injectable	Fresenius Sterimax	02139499 02562235
	OXCARBAZÉPINE 	Co.	150 mg	Apo-Oxcarbazepine	Apotex 02284294
	Co.	300 mg	Apo-Oxcarbazepine Trileptal	Apotex Novartis	02284308 02242068
	Co.	600 mg	Apo-Oxcarbazepine Trileptal	Apotex Novartis	02284316 02242069
	Susp. Orale	60 mg/mL	Trileptal	Novartis	02244673
PÉRAMPANEL 	Co.	2 mg	Fycompa Taro-Perampanel	Eisai Taro	02404516 02522632
	Co.	4 mg	Fycompa Taro-Perampanel	Eisai Taro	02404524 02522640
	Co.	6 mg	Fycompa Taro-Perampanel	Eisai Taro	02404532 02522659
	Co.	8 mg	Fycompa Taro-Perampanel	Eisai Taro	02404540 02522667
	Co.	10 mg	Fycompa Taro-Perampanel	Eisai Taro	02404559 02522675
	Co.	12 mg	Fycompa Taro-Perampanel	Eisai Taro	02404567 02522683
RUFINAMIDE 	Co.	100 mg	Banzel	Eisai	02369613
	Co.	200 mg	Auro-Rufinamide Banzel	AuroPharma Eisai	02545985 02369621
	Co.	400 mg	Auro-Rufinamide Banzel	AuroPharma Eisai	02545993 02369648

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.92 ANTICONVULSIVANTS, DIVERS (suite)

STIRIPENTOL 	 Caps.	250 mg	<i>Diacomit</i>	Biocodex	02398958
	 Caps.	500 mg	<i>Diacomit</i>	Biocodex	02398966
	 Pd. Orale	250 mg/sachet	<i>Diacomit</i>	Biocodex	02398974
TOPIRAMATE 	Caps. à saupoudrer	15 mg	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	02239907
	Caps. à saupoudrer	25 mg	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	02239908
	Co.	25 mg	<i>AG-Topiramate</i>	Angita	02475936
			<i>AG-Topiramate</i>	Angita	02536722
			<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	02279614
			<i>Auro-Topiramate</i>	AuroPharma	02345803
			<i>GLN-Topiramate</i>	Glenmark	02287765
			<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	02345250
			<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	02435608
			<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	02315645
			<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	02263351
			<i>NRA-Topiramate</i>	Nora	02538466
			<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	02262991
			<i>Teva-Topiramate</i>	Teva Can	02248860
			<i>Topamax</i>	Janss. Inc	02230893
			<i>Topiramate</i>	Accord	02395738
			<i>Topiramate</i>	Sanis	02356856
			<i>Topiramate</i>	Sivem	02389460
	Co.	50 mg	<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	02544377
			<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	02312085
	Co.	100 mg	<i>AG-Topiramate</i>	Angita	02475944
			<i>AG-Topiramate Tablets</i>	Angita	02536730
			<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	02279630
			<i>Auro-Topiramate</i>	AuroPharma	02345838
			<i>GLN-Topiramate</i>	Glenmark	02287773
			<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	02345269
			<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	02435616
			<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	02315653
			<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	02263378
			<i>NRA-Topiramate</i>	Nora	02538458
			<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	02263009
			<i>Teva-Topiramate</i>	Teva Can	02248861
			<i>Topamax</i>	Janss. Inc	02230894
			<i>Topiramate</i>	Accord	02395746
			<i>Topiramate</i>	Sanis	02356864
			<i>Topiramate</i>	Sivem	02389487
	Co.	200 mg	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	02279649
			<i>Auro-Topiramate</i>	AuroPharma	02345846
			<i>GLN-Topiramate</i>	Glenmark	02287781
			<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	02345277
			<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	02435624
			<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	02315661
			<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	02263386
			<i>NRA-Topiramate</i>	Nora	02538474
			<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	02263017
			<i>Teva-Topiramate</i>	Teva Can	02248862
			<i>Topamax</i>	Janss. Inc	02230896
			<i>Topiramate</i>	Accord	02395754
			<i>Topiramate</i>	Sanis	02356872
			<i>Topiramate</i>	Sivem	02553880
VALPROATE SODIQUE 	Sir.	250 mg/5 mL	<i>Depakene</i>	BGP Pharma	00443832
			<i>JAMP Valproic Acid Oral Solution</i>	Jamp	02532441
			<i>Odan-Valproic acid</i>	Odan	02549190
			<i>pms-Valproic acid</i>	Phmscience	02236807

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:12.92 ANTICONVULSIVANTS, DIVERS (suite)

VALPROIQUE (ACIDE) 	Caps.	250 mg	<i>Apo-Valproic</i> <i>pms-Valproic acid</i>	Apotex Phmscience	02238048 02230768
	Caps. Ent.	500 mg	<i>pms-Valproic Acid E.C.</i>	Phmscience	02229628
VIGABATRIN 	Co.	500 mg	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	02065819
	Pd. Orale	500 mg/sac.	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	02068036

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS

AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D') 	Co.	10 mg	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	02403137
			<i>Elavil</i>	AA Pharma	00335053
			<i>Jamp-Amitriptyline</i>	Jamp	02457679
			<i>Jamp-Amitriptyline Tab-lets</i>	Jamp	02435527
			<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	02429861
			<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	00654523
			<i>Pro-Amitriptyline</i>	Pro Doc	00370991
	Co.	25 mg	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	02403145
			<i>Elavil</i>	AA Pharma	00335061
			<i>Jamp-Amitriptyline</i>	Jamp	02457695
			<i>Jamp-Amitriptyline Tab-lets</i>	Jamp	02435535
			<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	02429888
			<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	00654515
			<i>Pro-Amitriptyline</i>	Pro Doc	00371009
	Co.	50 mg	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	02403153
			<i>Elavil</i>	AA Pharma	00335088
			<i>Jamp-Amitriptyline</i>	Jamp	02457687
			<i>Jamp-Amitriptyline Tab-lets</i>	Jamp	02435543
			<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	02429896
			<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	00654507
			<i>Pro-Amitriptyline</i>	Pro Doc	00456349
	Co.	100 mg	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	02468409
BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) 	CO L.A.	150 mg	<i>Zyban</i>	Bausch H.	02238441
	Co. L.A.	100 mg	<i>Odan Bupropion SR</i>	Odan	02275074
	Co. L.A.	150 mg	<i>Odan Bupropion SR</i>	Odan	02275082
	Co. L.A. (24 h)	150 mg	<i>Taro-Bupropion XL</i>	Sun Pharma	02475804
			<i>Teva-Bupropion XL</i>	Teva Can	02439654
			<i>Wellbutrin XL</i>	Bausch H.	02275090
	Co. L.A. (24 h)	300 mg	<i>Taro-Bupropion XL</i>	Sun Pharma	02475812
			<i>Teva-Bupropion XL</i>	Teva Can	02439662
			<i>Wellbutrin XL</i>	Bausch H.	02275104
CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE) 	Co.	10 mg	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	02374617
			<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	02448475
			<i>Citalopram</i>	Jamp	02430517
			<i>Citalopram</i>	Sanis	02445719
			<i>Citalopram</i>	Sivem	02387948
			<i>JAMP-Citalopram</i>	Jamp	02370085
			<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	02371871
			<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	02532123
			<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	02429691
			<i>Natco-Citalopram</i>	Natco	02409003
			<i>NB-Citalopram</i>	NB Pharma	02555999
			<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	02477637
			<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	02270609
			<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	02303256
			<i>Teva-Citalopram</i>	Teva Can	02312336

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

	Co.	20 mg	AG-Citalopram AG-Citalopram Tablets Apo-Citalopram Auro-Citalopram Bio-Citalopram Celexa Citalopram Citalopram Citalopram Citalopram-20 JAMP-Citalopram Mar-Citalopram M-Citalopram Mint-Citalopram Natco-Citalopram NB-Citalopram NRA-Citalopram pms-Citalopram Riva-Citalopram Teva-Citalopram	Angita Angita Apotex AuroPharma Biomed Lundbeck Jamp Sanis Sivem Pro Doc Jamp Marcan Mantra Ph. Mint Natco NB Pharma Nora Phmscience Riva Teva Can	02339390 02513684 02246056 02275562 02448491 02239607 02430541 02353660 02387956 02257513 02313405 02371898 02467836 02429705 02443880 02556006 02477645 02248010 02303264 02293218
	Co.	30 mg	AG-Citalopram CTP 30	Angita Sumitomo	02543060 02296152
	Co.	40 mg	AG-Citalopram AG-Citalopram Tablets Apo-Citalopram Auro-Citalopram Bio-Citalopram Celexa Citalopram Citalopram Citalopram Citalopram-40 JAMP-Citalopram Mar-Citalopram M-Citalopram Mint-Citalopram Natco-Citalopram NRA-Citalopram pms-Citalopram Riva-Citalopram Teva-Citalopram	Angita Angita Apotex AuroPharma Biomed Lundbeck Jamp Sanis Sivem Pro Doc Jamp Marcan Mantra Ph. Mint Natco Nora Phmscience Riva Teva Can	02339404 02513692 02246057 02275570 02448513 02239608 02430568 02353679 02387964 02257521 02313413 02371901 02467844 02429713 02443899 02477653 02248011 02303272 02293226
CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	25 mg	Taro-Clomipramine	Taro	02497506
	Caps.	50 mg	Taro-Clomipramine	Taro	02497514
	Co.	10 mg	Anafranil	Apotex	00330566
	Co.	25 mg	Anafranil	Apotex	00324019
	Co.	50 mg	Anafranil	Apotex	00402591
DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	10 mg	Désipramine	AA Pharma	02216248
	Co.	25 mg	Désipramine	AA Pharma	02216256
	Co.	100 mg	Désipramine	AA Pharma	02216280
DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	10 mg	Apo-Doxepin Mar-Doxepin Sinequan	Apotex Marcan AA Pharma	02049996 02559080 00024325
	Caps.	25 mg	Apo-Doxepin Mar-Doxepin Sinequan	Apotex Marcan AA Pharma	02050005 02559099 00024333
	Caps.	50 mg	Apo-Doxepin Mar-Doxepin Sinequan	Apotex Marcan AA Pharma	02050013 02559102 00024341

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

DULOXÉTINE

Caps. L.A.	30 mg	AG-Duloxetine	Angita	02475308
		Apo-Duloxetine	Apotex	02440423
		Auro-Duloxetine	AuroPharma	02436647
		Bio-Duloxetine	Biomed	02507722
		Duloxetine	Altamed	02481952
		Duloxetine	Riva	02495082
		Duloxetine	Sanis	02490889
		Duloxetine	Sivem	02453630
		Jamp Duloxetine	Jamp	02496496
		Jamp-Duloxetine	Jamp	02451913
		Mar-Duloxetine	Marcan	02446081
		M-Duloxetine	Mantra Ph.	02473208
		Mint-Duloxetine	Mint	02438984
		NRA-Duloxetine	Nora	02482126
		pms-Duloxetine	Phmscience	02429446
		Ran-Duloxetine	Ranbaxy	02438259
		Sandoz Duloxetine	Sandoz	02439948
		Taro-Duloxetine	Taro	02457199
		Teva-Duloxetine	Teva Can	02456753

Caps. L.A.	60 mg	AG-Duloxetine	Angita	02475316
		Apo-Duloxetine	Apotex	02440431
		Auro-Duloxetine	AuroPharma	02436655
		Bio-Duloxetine	Biomed	02507765
		Duloxetine	Altamed	02481960
		Duloxetine	Riva	02495090
		Duloxetine	Sanis	02490897
		Duloxetine	Sivem	02453649
		Jamp Duloxetine	Jamp	02496518
		Jamp-Duloxetine	Jamp	02451921
		Mar-Duloxetine	Marcan	02446103
		M-Duloxetine	Mantra Ph.	02473216
		Mint-Duloxetine	Mint	02438992
		NRA-Duloxetine	Nora	02482134
		pms-Duloxetine	Phmscience	02429454
		Ran-Duloxetine	Ranbaxy	02438267
		Sandoz Duloxetine	Sandoz	02439956
		Taro-Duloxetine	Taro	02457202
		Teva-Duloxetine	Teva Can	02456761

ESCITALOPRAM (OXALATE D')

Co.	10 mg	ACH-Escitalopram	Accord	02434652
		AG-Escitalopram	Angita	02477742
		AG-Escitalopram	Angita	02510944
		Apo-escitalopram	Apotex	02295016
		Auro-Escitalopram	AuroPharma	02397358
		Bio-Escitalopram	Biomed	02481154
		Ciprallex	Lundbeck	02263238
		Escitalopram	Jamp	02429780
		Escitalopram	Sanis	02430118
		Escitalopram	Sivem	02429039
		Jamp-Escitalopram	Jamp	02508893
		Mar-Escitalopram	Marcan	02423480
		M-Escitalopram	Mantra Ph.	02471418
		Mint-Escitalopram	Mint	02407418
		Mylan-Escitalopram	Mylan	02309467
		NATCO-Escitalopram	Natco	02554909
		NRA-Escitalopram	Nora	02476851
		pms-Escitalopram	Phmscience	02469243
		Riva-Escitalopram	Riva	02428830
		Sandoz Escitalopram	Sandoz	02364077
		Taro-Escitalopram	Sun Pharma	02385481
		Teva-Escitalopram	Teva Can	02318180

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

	Co.	20 mg	<i>ACH-Escitalopram</i>	Accord	02434660
			<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	02477769
			<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	02510952
			<i>Apo-escitalopram</i>	Apotex	02295024
			<i>Auro-Escitalopram</i>	AuroPharma	02397374
			<i>Bio-Escitalopram</i>	Biomed	02481170
			<i>Cipralext</i>	Lundbeck	02263254
			<i>Escitalopram</i>	Jamp	02429799
			<i>Escitalopram</i>	Sanis	02430126
			<i>Escitalopram</i>	Sivem	02429047
			<i>Jamp-Escitalopram</i>	Jamp	02508907
			<i>Mar-Escitalopram</i>	Marcan	02423502
			<i>M-Escitalopram</i>	Mantra Ph.	02471426
			<i>Mint-Escitalopram</i>	Mint	02407434
			<i>Mylan-Escitalopram</i>	Mylan	02309475
			<i>NATCO-Escitalopram</i>	Natco	02554933
			<i>NRA-Escitalopram</i>	Nora	02476878
			<i>pms-Escitalopram</i>	Phmscience	02469251
			<i>Riva-Escitalopram</i>	Riva	02428857
			<i>Sandoz Escitalopram</i>	Sandoz	02364085
			<i>Taro-Escitalopram</i>	Sun Pharma	02385503
			<i>Teva-Escitalopram</i>	Teva Can	02318202
FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	10 mg	<i>AG-Fluoxetine</i>	Angita	02485052
			<i>Apo-Fluoxétine</i>	Apotex	02216353
			<i>Auro-Fluoxetine</i>	AuroPharma	02385627
			<i>Bio-Fluoxetine</i>	Biomed	02448424
			<i>Fluoxetine</i>	Accord	02393441
			<i>Fluoxetine</i>	Sanis	02286068
			<i>Fluoxetine</i>	Sivem	02374447
			<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	02401894
			<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	02392909
			<i>M-Fluoxetine</i>	Mantra Ph.	02529432
			<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	02380560
			<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	02503875
			<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	02177579
			<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	02305461
			<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	02216582
	Caps.	20 mg	<i>AG-Fluoxetine</i>	Angita	02485060
			<i>Apo-Fluoxétine</i>	Apotex	02216361
			<i>Auro-Fluoxetine</i>	AuroPharma	02385635
			<i>Bio-Fluoxetine</i>	Biomed	02448432
			<i>Fluoxetine</i>	Sanis	02286076
			<i>Fluoxetine</i>	Sivem	02374455
			<i>Fluoxétine BP</i>	Accord	02383241
			<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	02386402
			<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	02392917
			<i>M-Fluoxetine</i>	Mantra Ph.	02529440
			<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	02380579
			<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	02503883
			<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	02177587
			<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	02305488
			<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	02216590
	Caps.	40 mg	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	02464640
	Caps.	60 mg	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	02464659
	Sol. Orale	20 mg/5 mL	<i>Fluoxetine</i>	Apotex	02231328
			<i>JAMP Fluoxetine Solution</i>	Jamp	02546752
			<i>Odan-Fluoxetine</i>	Odan	02459361
FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) 	Co.	50 mg	<i>Apo-Fluvoxamine</i>	Apotex	02231329
			<i>Luvox</i>	BGP Pharma	01919342
			<i>Teva-Fluvoxamine</i>	Teva Can	02255529
	Co.	100 mg	<i>Apo-Fluvoxamine</i>	Apotex	02231330
			<i>Luvox</i>	BGP Pharma	01919369
			<i>Teva-Fluvoxamine</i>	Teva Can	02255537

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') 	Co.	10 mg	<i>Apo-Imipramine Tablets</i> <i>JAMP Imipramine</i>	Apotex Jamp	00360201 02546337
	Co.	25 mg	<i>Apo-Imipramine Tablets</i> <i>JAMP Imipramine</i>	Apotex Jamp	00312797 02546345
	Co.	50 mg	<i>Apo-Imipramine Tablets</i> <i>JAMP Imipramine</i>	Apotex Jamp	00326852 02546353
	Co.	75 mg	<i>Apo-Imipramine Tablets</i> <i>JAMP Imipramine</i>	Apotex Jamp	00644579 02546361
L-TRYPTOPHANE 	Caps.	500 mg	<i>Apo-Tryptophan (Caps.)</i> <i>Tryptan (Caps)</i>	Apotex Bausch H.	02248540 00718149
	Co.	1 g	<i>Apo-Tryptophan (Co.)</i> <i>Tryptan (Co.)</i>	Apotex Bausch H.	02248539 00654531
	Co.	250 mg	<i>Tryptan (Co.)</i>	Bausch H.	02239326
	Co.	500 mg	<i>Apo-Tryptophan (Co.)</i> <i>Tryptan (Co.)</i>	Apotex Bausch H.	02248538 02029456
	Co.	750 mg	<i>Apo-Tryptophan</i> <i>Tryptan (Co.)</i>	Apotex Bausch H.	02458721 02239327
MIRTAZAPINE 	Co.	15 mg	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	02286610
			<i>Auro-Mirtazapine</i>	AuroPharma	02411695
			<i>Mirtazapine</i>	Sanis	02532689
			<i>Mirtazapine</i>	Sivem	02496666
			<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	02256096
			<i>NRA-Mirtazapine</i>	Nora	02534924
			<i>pms-Mirtazapine</i>	Phmscience	02273942
			<i>Sandoz Mirtazapine</i>	Sandoz	02250594
			<i>Teva-Mirtazapine</i>	Teva Can	02541572
	Co.	30 mg	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	02286629
			<i>Auro-Mirtazapine</i>	AuroPharma	02411709
			<i>Jamp-Mirtazapine</i>	Jamp	02368579
			<i>Mirtazapine</i>	Sanis	02370689
			<i>Mirtazapine</i>	Sivem	02496674
			<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	02256118
			<i>NRA-Mirtazapine</i>	Nora	02534932
			<i>pms-Mirtazapine</i>	Phmscience	02248762
	Co.	45 mg	<i>Remeron</i>	Organon	02243910
			<i>Sandoz Mirtazapine</i>	Sandoz	02250608
			<i>Teva-Mirtazapine</i>	Teva Can	02259354
			<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	02286637
			<i>Auro-Mirtazapine</i>	AuroPharma	02411717
			<i>Mirtazapine</i>	Sivem	02496682
			<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	02256126
			<i>NRA-Mirtazapine</i>	Nora	02534940
			<i>Teva-Mirtazapine</i>	Teva Can	02541580
	Co. Diss. Orale	15 mg	<i>Auro-Mirtazapine OD</i> <i>Remeron RD</i>	AuroPharma Organon	02299801 02248542
	Co. Diss. Orale	30 mg	<i>Auro-Mirtazapine OD</i> <i>Remeron RD</i>	AuroPharma Organon	02299828 02248543
	Co. Diss. Orale	45 mg	<i>Auro-Mirtazapine OD</i> <i>Remeron RD</i>	AuroPharma Organon	02299836 02248544
MOCLOBÉMIDE 	Co.	100 mg	<i>Moclobemide</i>	AA Pharma	02232148
NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	10 mg	<i>Aventyl</i>	AA Pharma	00015229
	Caps.	25 mg	<i>Aventyl</i>	AA Pharma	00015237

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	10 mg	AG-Paroxetine	Angita	02475537
			AG-Paroxetine	Angita	02510480
			Apo-Paroxétine	Apotex	02240907
			Auro-Paroxetine	AuroPharma	02383276
			Bio-Paroxetine	Biomed	02444909
			JAMP Paroxetine	Jamp	02507773
			Jamp-Paroxetine	Jamp	02368862
			Mar-Paroxetine	Marcan	02411946
			Mint-Paroxetine	Mint	02421372
			M-Paroxetine	Mantra Ph.	02467402
			NRA-Paroxetine	Nora	02479753
			Paroxetine	Altamed	02477823
			Paroxetine	Sanis	02282844
			Paroxetine	Sivem	02388227
			pms-Paroxetine	Phmscience	02247750
			Pro-Paroxétine	Pro Doc	02248913
			Riva-Paroxétine	Riva	02248559
			Teva-Paroxetine	Teva Can	02248556
	Co.	20 mg	AG-Paroxetine	Angita	02475545
			AG-Paroxetine	Angita	02510499
			Apo-Paroxétine	Apotex	02240908
			Auro-Paroxetine	AuroPharma	02383284
			Bio-Paroxetine	Biomed	02444917
			JAMP Paroxetine	Jamp	02507781
			Jamp-Paroxetine	Jamp	02368870
			Mar-Paroxetine	Marcan	02411954
			Mint-Paroxetine	Mint	02421380
			M-Paroxetine	Mantra Ph.	02467410
			NRA-Paroxetine	Nora	02479761
			Paroxetine	Altamed	02477831
			Paroxetine	Sanis	02282852
			Paroxetine	Sivem	02388235
			Paxil	GSK	01940481
			pms-Paroxetine	Phmscience	02247751
			Pro-Paroxétine	Pro Doc	02248914
			Riva-Paroxétine	Riva	02248560
			Teva-Paroxetine	Teva Can	02248557
	Co.	30 mg	AG-Paroxetine	Angita	02475553
			AG-Paroxetine	Angita	02510510
			Apo-Paroxétine	Apotex	02240909
			Auro-Paroxetine	AuroPharma	02383292
			Bio-Paroxetine	Biomed	02444925
			JAMP Paroxetine	Jamp	02507803
			Jamp-Paroxetine	Jamp	02368889
			Mar-Paroxetine	Marcan	02411962
			Mint-Paroxetine	Mint	02421399
			M-Paroxetine	Mantra Ph.	02467429
			NRA-Paroxetine	Nora	02479788
			Paroxetine	Altamed	02477858
			Paroxetine	Sanis	02282860
			Paroxetine	Sivem	02388243
			Paxil	GSK	01940473
			pms-Paroxetine	Phmscience	02247752
			Pro-Paroxétine	Pro Doc	02248915
			Riva-Paroxétine	Riva	02248561
			Teva-Paroxetine	Teva Can	02248558
PHÉNELZINE (SULFATE DE) 	Co.	15 mg	Nardil	Search Phm	00476552

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	25 mg	AG-Sertraline	Angita	02477882
			Apo-Sertraline	Apotex	02238280
			Auro-Sertraline	AuroPharma	02390906
			Bio-Sertraline	Biomed	02445042
			Mar-Sertraline	Marcan	02399415
			Mint-Sertraline	Mint	02402378
			M-Sertraline	Mantra Ph.	02530937
			NB-Sertraline	NB Pharma	02556235
			NRA-Sertraline	Nora	02488434
			pms-Sertraline	Phmscience	02244838
			Riva-Sertraline	Riva	02248496
			Sertraline	Altamed	02537249
			Sertraline	Jamp	02469626
			Sertraline	Sanis	02353520
			Sertraline	Sivem	02386070
			Sertraline-25	Pro Doc	02241302
			Teva-Sertraline	Teva Can	02240485
			Zoloft	BGP Pharma	02132702
	Caps.	50 mg	AG-Sertraline	Angita	02477890
			Apo-Sertraline	Apotex	02238281
			Auro-Sertraline	AuroPharma	02390914
			Bio-Sertraline	Biomed	02445050
			Mar-Sertraline	Marcan	02399423
			Mint-Sertraline	Mint	02402394
			M-Sertraline	Mantra Ph.	02530945
			NB-Sertraline	NB Pharma	02556243
			NRA-Sertraline	Nora	02488442
			pms-Sertraline	Phmscience	02244839
			Riva-Sertraline	Riva	02248497
			Sertraline	Altamed	02537265
			Sertraline	Jamp	02469634
			Sertraline	Sanis	02353539
			Sertraline	Sivem	02386089
			Sertraline-50	Pro Doc	02241303
			Teva-Sertraline	Teva Can	02240484
			Zoloft	BGP Pharma	01962817
	Caps.	100 mg	AG-Sertraline	Angita	02477904
			Apo-Sertraline	Apotex	02238282
			Auro-Sertraline	AuroPharma	02390922
			Bio-Sertraline	Biomed	02445069
			Mar-Sertraline	Marcan	02399431
			Mint-Sertraline	Mint	02402408
			M-Sertraline	Mantra Ph.	02530953
			NB-Sertraline	NB Pharma	02556251
			NRA-Sertraline	Nora	02488450
			pms-Sertraline	Phmscience	02244840
			Riva-Sertraline	Riva	02248498
			Sertraline	Altamed	02537281
			Sertraline	Jamp	02469642
			Sertraline	Sanis	02353547
			Sertraline	Sivem	02386097
			Sertraline-100	Pro Doc	02241304
			Teva-Sertraline	Teva Can	02240481
			Zoloft	BGP Pharma	01962779
TRANLYCYPROMINE (SULFATE DE) 	Co.	10 mg	Parnate	GSK	01919598
TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	50 mg	AG-Trazodone	Angita	02537907
			Apo-Trazodone	Apotex	02147637
			Jamp Trazodone	Jamp	02442809
			pms-Trazodone	Phmscience	01937227
			Teva-Trazodone	Teva Can	02144263
			Trazodone	Sanis	02348772
			Trazodone-50	Pro Doc	02164353
	Co.	75 mg	pms-Trazodone	Phmscience	02237339

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

	Co.	100 mg	AG-Trazodone Apo-Trazodone Jamp Trazodone pms-Trazodone Teva-Trazodone Trazodone Trazodone-100	Angita Apotex Jamp Phmscience Teva Can Sanis Pro Doc	02537915 02147645 02442817 01937235 02144271 02348780 02164361
	Co.	150 mg	AG-Trazodone Apo-Trazodone D Jamp Trazodone Teva-Trazodone Trazodone Trazodone-150 D	Angita Apotex Jamp Teva Can Sanis Pro Doc	02537923 02147653 02442825 02144298 02348799 02164388
TRIMIPRAMINE 	Caps.	75 mg	Trimipramine	AA Pharma	02070987
	Co.	12,5 mg	Trimip	AA Pharma	00740799
VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps. L.A.	37,5 mg	ACT Venlafaxine XR Apo-Venlafaxine XR Auro-Venlafaxine XR Effexor XR Mint-Venlafaxine XR M-Venlafaxine XR pmc-Venlafaxine XR Sandoz Venlafaxine XR Taro-Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR	Teva Can Apotex AuroPharma BGP Pharma Mint Mantra Ph. Phmscience Sandoz Sun Pharma Jamp Riva Sanis Sivem	02304317 02331683 02452839 02237279 02522977 02471280 02521466 02310317 02380072 02516535 02489678 02354713 02385929
	Caps. L.A.	75 mg	ACT Venlafaxine XR Apo-Venlafaxine XR Auro-Venlafaxine XR Effexor XR Mint-Venlafaxine XR M-Venlafaxine XR pmc-Venlafaxine XR Sandoz Venlafaxine XR Taro-Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR	Teva Can Apotex AuroPharma BGP Pharma Mint Mantra Ph. Phmscience Sandoz Sun Pharma Jamp Riva Sanis Sivem	02304325 02331691 02452847 02237280 02522985 02471299 02521482 02310325 02380080 02516543 02489686 02354721 02385937
	Caps. L.A.	150 mg	ACT Venlafaxine XR Apo-Venlafaxine XR Auro-Venlafaxine XR Effexor XR Mint-Venlafaxine XR M-Venlafaxine XR pmc-Venlafaxine XR Sandoz Venlafaxine XR Taro-Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR Venlafaxine XR	Teva Can Apotex AuroPharma BGP Pharma Mint Mantra Ph. Phmscience Sandoz Sun Pharma Jamp Riva Sanis Sivem	02304333 02331705 02452855 02237282 02522993 02471302 02521474 02310333 02380099 02516551 02489694 02354748 02385945

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.04 ANTIDÉPRESSEURS (suite)

VORTIOXÉTINE (BROMHYDRATE DE) 	Co.	5 mg	<i>Apo-Vortioxetine</i> <i>Trintellix</i>	Apotex Lundbeck	02552744 02432919
	Co.	10 mg	<i>Apo-Vortioxetine</i> <i>Trintellix</i>	Apotex Lundbeck	02552752 02432927
	Co.	20 mg	<i>Apo-Vortioxetine</i> <i>Trintellix</i>	Apotex Lundbeck	02552779 02432943

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES

ARIPIRAZOLE 	Co.	2 mg	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	02322374
			<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	02448173
			<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	02471086
			<i>Aripiprazole</i>	Sanis	02506688
			<i>Aripiprazole</i>	Sivem	02534320
			<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	02460025
			<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	02553163
			<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	02483556
			<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	02472201
			<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	02466635
			<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	02479346
			<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	02473658
	Co.	5 mg	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	02322382
			<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	02448181
			<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	02471094
			<i>Aripiprazole</i>	Sanis	02506718
			<i>Aripiprazole</i>	Sivem	02534339
			<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	02460033
			<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	02553171
			<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	02483564
			<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	02472228
			<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	02466643
			<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	02479354
			<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	02473666
	Co.	10 mg	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	02322390
			<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	02448203
			<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	02471108
			<i>Aripiprazole</i>	Sanis	02506726
			<i>Aripiprazole</i>	Sivem	02534347
			<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	02460041
			<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	02553198
			<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	02483572
			<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	02472244
			<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	02466651
			<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	02479362
			<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	02473674
	Co.	15 mg	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	02322404
			<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	02448211
			<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	02471116
			<i>Aripiprazole</i>	Sanis	02506734
			<i>Aripiprazole</i>	Sivem	02534355
			<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	02460068
			<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	02553201
			<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	02483580
			<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	02472252
			<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	02466678
			<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	02479370
			<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	02473682

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

	Co.	20 mg	Abilify AG-Aripiprazole Apo-Aripiprazole Aripiprazole Aripiprazole Auro-Aripiprazole JAMP Aripiprazole Mint-Aripiprazole NRA-Aripiprazole pms-Aripiprazole Riva-Aripiprazole Sandoz Aripiprazole	Otsuka Can Angita Apotex Sanis Sivem AuroPharma Jamp Mint Nora Phmscience Riva Sandoz	02322412 02448238 02471124 02506750 02534363 02460076 02553228 02483599 02472260 02466686 02479389 02473690
	Co.	30 mg	Abilify AG-Aripiprazole Apo-Aripiprazole Aripiprazole Aripiprazole Auro-Aripiprazole JAMP Aripiprazole Mint-Aripiprazole NRA-Aripiprazole pms-Aripiprazole Riva-Aripiprazole Sandoz Aripiprazole	Otsuka Can Angita Apotex Sanis Sivem AuroPharma Jamp Mint Nora Phmscience Riva Sandoz	02322455 02448246 02471132 02506785 02534371 02460084 02553236 02483602 02472279 02466694 02479397 02473704
	Pd. Inj. I.M.	300 mg	Abilify Maintena	Otsuka Can	02420864
	Pd. Inj. I.M.	400 mg	Abilify Maintena	Otsuka Can	02420872
	Susp. Inj. I.M. (ser)	720 mg/2,4 mL	Abilify Asimtufii	Otsuka Can	02554569
	Susp. Inj. I.M. (ser)	960 mg/3,2 mL	Abilify Asimtufii	Otsuka Can	02554577
CARIPRAZINE 	 Caps.	1,5 mg	Vraylar	AbbVie	02526794
	 Caps.	3 mg	Vraylar	AbbVie	02526808
	 Caps.	4,5 mg	Vraylar	AbbVie	02526816
	 Caps.	6 mg	Vraylar	AbbVie	02526824
CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	25 mg	Teva-Chlorpromazine	Teva Can	00232823
	Co.	50 mg	Teva-Chlorpromazine	Teva Can	00232807
	Co.	100 mg	Teva-Chlorpromazine	Teva Can	00232831
CLOZAPINE 	Co.	25 mg	AA-Clozapine Clozaril Gen-Clozapine	AA Pharma HLS Mylan	02248034 00894737 02247243
	Co.	50 mg	AA-Clozapine Gen-Clozapine	AA Pharma Mylan	02458748 02305003
	Co.	100 mg	AA-Clozapine Clozaril Gen-Clozapine	AA Pharma HLS Mylan	02248035 00894745 02247244
	Co.	200 mg	AA-Clozapine Gen-Clozapine	AA Pharma Mylan	02458756 02305011
	Co. Diss. Orale	12,5 mg	Gen-Clozapine	Mylan	02554631
	Co. Diss. Orale	25 mg	Gen-Clozapine	Mylan	02554658
	Co. Diss. Orale	50 mg	Gen-Clozapine	Mylan	02554666
	Co. Diss. Orale	100 mg	Gen-Clozapine	Mylan	02554674
	Co. Diss. Orale	200 mg	Gen-Clozapine	Mylan	02554682

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE) 	Sol. Inj. I.M.	20 mg/mL	<i>Fluanxol Dépot 2%</i>	Lundbeck	02156032
	Sol. Inj. I.M.	100 mg/mL	<i>Fluanxol Dépot 10%</i>	Lundbeck	02156040
FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE) 	Co.	0,5 mg	<i>Fluanxol</i>	Lundbeck	02156008
	Co.	3 mg	<i>Fluanxol</i>	Lundbeck	02156016
FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	1 mg	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	00405345
	Co.	2 mg	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	00410632
	Co.	5 mg	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	00405361
HALOPÉRIDOL 	Co.	0,5 mg	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	00363685
	Co.	1 mg	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	00363677
	Co.	2 mg	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	00363669
	Co.	5 mg	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	00363650
	Co.	10 mg	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	00713449
	Sol. Inj. I.M.	5 mg/mL	<i>Halopéridol</i> <i>Halopéridol Injection</i> <i>Haloperidol Injection, USP</i>	Sandoz Oméga Fresenius	00808652 02366010 02406411
HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D') 	Sol. Inj. I.M.	100 mg/mL	<i>Halopéridol LA</i>	Sandoz	02130300
LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE) 	Sol. Inj. I.M.	50 mg/mL	<i>Loxapac I.M.</i>	Sandoz	02169991
LOXAPINE (SUCCINATE DE) 	Co.	2,5 mg	<i>Xylac</i>	Pendopharm	02242868
	Co.	10 mg	<i>Xylac</i>	Pendopharm	02230838
	Co.	25 mg	<i>Xylac</i>	Pendopharm	02230839
LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	20 mg	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	02513986
			<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	02516438
			<i>Latuda</i>	Sumitomo	02422050
			<i>Lurasidone</i>	Sanis	02548585
			<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	02522314
			<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	02505878
			<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	02521075
			<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	02504499
	Co.	40 mg	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	02513994
			<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	02516446
			<i>Latuda</i>	Sumitomo	02387751
			<i>Lurasidone</i>	Sanis	02548593
			<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	02522322
			<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	02505886
			<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	02521091
			<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	02504502
	Co.	60 mg	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	02514001
			<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	02516454
			<i>Latuda</i>	Sumitomo	02413361
			<i>Lurasidone</i>	Sanis	02548607
			<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	02522330
			<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	02505894
			<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	02521105
			<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	02504510

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

	Co.	80 mg	Auro-Lurasidone	AuroPharma	02514028
			Jamp Lurasidone	Jamp	02516462
			Latuda	Sumitomo	02387778
			Lurasidone	Sanis	02548615
			NRA-Lurasidone	Nora	02522349
			pms-Lurasidone	Phmscience	02505908
			Sandoz Lurasidone	Sandoz	02521113
			Taro-Lurasidone	Taro	02504529
	Co.	120 mg	Auro-Lurasidone	AuroPharma	02514036
			Jamp Lurasidone	Jamp	02516470
			pms-Lurasidone	Phmscience	02505916
			Sandoz Lurasidone	Sandoz	02521121
			Taro-Lurasidone	Taro	02504537
MÉTHOTRIMÉPRAZINE 	Co.	2 mg	Méthoprazine	AA Pharma	02238403
	Sol. Inj.	25 mg/mL	Nozinan	Xediton	01927698
OLANZAPINE 	Co.	2,5 mg	AG-Olanzapine FC	Angita	02487608
			Apo-Olanzapine	Apotex	02281791
			Jamp-Olanzapine FC	Jamp	02417243
			Mint-Olanzapine	Mint	02410141
			NRA-Olanzapine	Nora	02545586
			Olanzapine	Sanis	02372819
			Olanzapine	Sivem	02385864
			pms-Olanzapine	Phmscience	02303116
			Riva-Olanzapine	Riva	02337126
			Sandoz Olanzapine	Sandoz	02310341
			Teva-Olanzapine	Teva Can	02276712
			Zyprexa	Cheplaphar	02229250
	Co.	5 mg	AG-Olanzapine FC	Angita	02487616
			Apo-Olanzapine	Apotex	02281805
			Jamp-Olanzapine FC	Jamp	02417251
			Mint-Olanzapine	Mint	02410168
			NRA-Olanzapine	Nora	02545594
			Olanzapine	Sanis	02372827
			Olanzapine	Sivem	02385872
			pms-Olanzapine	Phmscience	02303159
			Riva-Olanzapine	Riva	02337134
			Sandoz Olanzapine	Sandoz	02310368
			Teva-Olanzapine	Teva Can	02276720
			Zyprexa	Cheplaphar	02229269
	Co.	7,5 mg	Apo-Olanzapine	Apotex	02281813
			Jamp-Olanzapine FC	Jamp	02417278
			Mint-Olanzapine	Mint	02410176
			NRA-Olanzapine	Nora	02545608
			Olanzapine	Sanis	02372835
			Olanzapine	Sivem	02385880
			pms-Olanzapine	Phmscience	02303167
			Riva-Olanzapine	Riva	02337142
			Sandoz Olanzapine	Sandoz	02310376
			Teva-Olanzapine	Teva Can	02276739
			Zyprexa	Cheplaphar	02229277
	Co.	10 mg	AG-Olanzapine FC	Angita	02487632
			Apo-Olanzapine	Apotex	02281821
			Jamp-Olanzapine FC	Jamp	02417286
			Mint-Olanzapine	Mint	02410184
			NRA-Olanzapine	Nora	02545616
			Olanzapine	Sanis	02372843
			Olanzapine	Sivem	02385899
			pms-Olanzapine	Phmscience	02303175
			Riva-Olanzapine	Riva	02337150
			Sandoz Olanzapine	Sandoz	02310384
			Teva-Olanzapine	Teva Can	02276747
			Zyprexa	Cheplaphar	02229285

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE
28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)				
Co.	15 mg	<i>Apo-Olanzapine</i> <i>Jamp-Olanzapine FC</i> <i>Mint-Olanzapine</i> <i>NRA-Olanzapine</i> <i>Olanzapine</i> <i>Olanzapine</i> <i>pms-Olanzapine</i> <i>Riva-Olanzapine</i> <i>Sandoz Olanzapine</i> <i>Teva-Olanzapine</i> <i>Zyprexa</i>	Apotex Jamp Mint Nora Sanis Sivem Phmscience Riva Sandoz Teva Can Cheplaphar	02281848 02417294 02410192 02545624 02372851 02385902 02303183 02337169 02310392 02276755 02238850
Co.	20 mg	<i>Apo-Olanzapine</i> <i>Jamp-Olanzapine FC</i> <i>NRA-Olanzapine</i> <i>Olanzapine</i> <i>Teva-Olanzapine</i> <i>Zyprexa</i>	Apotex Jamp Nora Sivem Teva Can Cheplaphar	02333015 02417308 02545632 02385910 02359707 02238851
Co. Diss. Orale	5 mg	<i>AG-Olanzapine ODT</i> <i>Apo-Olanzapine ODT</i> <i>Auro-Olanzapine ODT</i> <i>Jamp-Olanzapine ODT</i> <i>Mint-Olanzapine ODT</i> <i>NRA-Olanzapine ODT</i> <i>Olanzapine ODT</i> <i>Olanzapine ODT</i> <i>pms-Olanzapine ODT</i> <i>Ran-Olanzapine ODT</i> <i>Sandoz Olanzapine ODT</i> <i>Zyprexa Zydis</i>	Angita Apotex AuroPharma Jamp Mint Nora Sanis Sivem Phmscience Ranbaxy Sandoz Cheplaphar	02487667 02360616 02448726 02406624 02436965 02536188 02352974 02343665 02303191 02414090 02327775 02243086
Co. Diss. Orale	10 mg	<i>AG-Olanzapine ODT</i> <i>Apo-Olanzapine ODT</i> <i>Auro-Olanzapine ODT</i> <i>Jamp-Olanzapine ODT</i> <i>Mint-Olanzapine ODT</i> <i>NRA-Olanzapine ODT</i> <i>Olanzapine ODT</i> <i>Olanzapine ODT</i> <i>pms-Olanzapine ODT</i> <i>Ran-Olanzapine ODT</i> <i>Sandoz Olanzapine ODT</i> <i>Zyprexa Zydis</i>	Angita Apotex AuroPharma Jamp Mint Nora Sanis Sivem Phmscience Ranbaxy Sandoz Cheplaphar	02487675 02360624 02448734 02406632 02436973 02536196 02352982 02343673 02303205 02414104 02327783 02243087
Co. Diss. Orale	15 mg	<i>AG-Olanzapine ODT</i> <i>Apo-Olanzapine ODT</i> <i>Auro-Olanzapine ODT</i> <i>Jamp-Olanzapine ODT</i> <i>Mint-Olanzapine ODT</i> <i>NRA-Olanzapine ODT</i> <i>Olanzapine ODT</i> <i>Olanzapine ODT</i> <i>pms-Olanzapine ODT</i> <i>Ran-Olanzapine ODT</i> <i>Sandoz Olanzapine ODT</i> <i>Zyprexa Zydis</i>	Angita Apotex AuroPharma Jamp Mint Nora Sanis Sivem Phmscience Ranbaxy Sandoz Cheplaphar	02487683 02360632 02448742 02406640 02436981 02536218 02352990 02343681 02303213 02414112 02327791 02243088
Co. Diss. Orale	20 mg	<i>AG-Olanzapine ODT</i> <i>Apo-Olanzapine ODT</i> <i>Auro-Olanzapine ODT</i> <i>Jamp-Olanzapine ODT</i> <i>NRA-Olanzapine ODT</i> <i>Olanzapine ODT</i> <i>Ran-Olanzapine ODT</i> <i>Sandoz Olanzapine ODT</i> <i>Zyprexa Zydis</i>	Angita Apotex AuroPharma Jamp Nora Sivem Ranbaxy Sandoz Cheplaphar	02487691 02360640 02448750 02406659 02536226 02343703 02414120 02327805 02243089
PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE) 	Susp. Inj. I.M. 1 mois	50 mg/0,5 mL	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc 02354217

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

	Susp. Inj. I.M. 1 mois	75 mg/0,75 mL	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	02354225
	Susp. Inj. I.M. 1 mois	100 mg/1,0 mL	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	02354233
	Susp. Inj. I.M. 1 mois	150 mg/1,5 mL	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	02354241
	Susp. Inj. I.M. 3 mois	175 mg/0,875 mL	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	02455943
	Susp. Inj. I.M. 3 mois	263 mg/1,315 mL	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	02455986
	Susp. Inj. I.M. 3 mois	350 mg/1,75 mL	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	02455994
	Susp. Inj. I.M. 3 mois	525 mg/2,625 mL	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	02456001
PÉRICYAZINE 	Caps.	5 mg	<i>Neuleptil</i>	Search Phm	01926780
	Caps.	10 mg	<i>Neuleptil</i>	Search Phm	01926772
	Sol. Orale	10 mg/mL	<i>Neuleptil</i>	Search Phm	01926756
PERPHÉNAZINE 	Co.	2 mg	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	00335134
	Co.	4 mg	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	00335126
	Co.	8 mg	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	00335118
	Co.	16 mg	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	00335096
PIMOZIDE 	Co.	4 mg	<i>Pimozide</i>	AA Pharma	02245433
PROCHLORPÉRAZINE 	Supp.	10 mg	<i>Odan-Prochlorperazine</i>	Odan	00789720
PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE) 	Co.	5 mg	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	00886440
	Co.	10 mg	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	00886432
QUÉTIAPINE (FUMARATE DE) 	Co.	25 mg	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	02316080
			<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	02475979
			<i>AG-Quetiapine Fumarate</i>	Angita	02516934
			<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	02313901
			<i>Apo-Quetiapine Fumarate</i>	Apotex	02501635
			<i>Auro-Quetiapine</i>	AuroPharma	02390205
			<i>Bio-Quetiapine</i>	Biomed	02447193
			<i>Jamp Quetiapine Fuma- rate</i>	Jamp	02390140
			<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	02330415
			<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	02438003
			<i>NRA-Quetiapine</i>	Nora	02486237
			<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	02296551
			<i>Quetiapine</i>	Accord	02387794
			<i>Quetiapine</i>	Sanis	02353164
			<i>Quetiapine</i>	Sivem	02317893
			<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	02316692
			<i>Seroquel</i>	AZC	02236951

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE
28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)				
Co.	100 mg	ACT Quetiapine	Teva Can	02316099
		AG-Quetiapine	Angita	02475987
		AG-Quetiapine Fumarate	Angita	02516942
		Apo-Quetiapine	Apotex	02313928
		Apo-Quetiapine Fumarate	Apotex	02501643
		Auro-Quetiapine	AuroPharma	02390213
		Jamp Quetiapine Fuma- rate	Jamp	02390159
		Jamp-Quetiapine	Jamp	02330423
		Mint-Quetiapine	Mint	02438011
		pms-Quetiapine	Phmscience	02296578
		Quetiapine	Accord	02387808
		Quetiapine	Sanis	02353172
		Quetiapine	Sivem	02317907
		Riva-Quetiapine	Riva	02316706
		Seroquel	AZC	02236952
Co.	150 mg	Comprimés de quetiapine	Accord	02387816
Co.	200 mg	ACT Quetiapine	Teva Can	02316110
		AG-Quetiapine	Angita	02475995
		AG-Quetiapine Fumarate	Angita	02516950
		Apo-Quetiapine	Apotex	02313936
		Apo-Quetiapine Fumarate	Apotex	02501651
		Auro-Quetiapine	AuroPharma	02390248
		Jamp Quetiapine Fuma- rate	Jamp	02390167
		Jamp-Quetiapine	Jamp	02330458
		Mint-Quetiapine	Mint	02438046
		pms-Quetiapine	Phmscience	02296594
		Quetiapine	Accord	02387824
		Quetiapine	Sanis	02353199
		Quetiapine	Sivem	02317923
		Riva-Quetiapine	Riva	02316722
		Seroquel	AZC	02236953
Co.	300 mg	ACT Quetiapine	Teva Can	02316129
		AG-Quetiapine	Angita	02476002
		AG-Quetiapine Fumarate	Angita	02516969
		Apo-Quetiapine	Apotex	02313944
		Apo-Quetiapine Fumarate	Apotex	02501678
		Auro-Quetiapine	AuroPharma	02390256
		Jamp Quetiapine Fuma- rate	Jamp	02390175
		Jamp-Quetiapine	Jamp	02330466
		Mint-Quetiapine	Mint	02438054
		pms-Quetiapine	Phmscience	02296608
		Quetiapine	Accord	02387832
		Quetiapine	Sanis	02353202
		Quetiapine	Sivem	02317931
		Riva-Quetiapine	Riva	02316730
		Seroquel	AZC	02244107
Co. L.A.	50 mg	ACH-Quetiapine Fuma- rate XR	Accord	02450860
		AG-Quetiapine XR	Angita	02520532
		Apo-Quetiapine XR	Apotex	02457229
		Mint-Quetiapine XR	Mint	02522187
		M-Quetiapine Fumarate XR	Mantra Ph.	02527928
		NB-Quetiapine XR	NB Pharma	02556820
		NRA-Quetiapine XR	Nora	02510677
		Quetiapine Fumarate XR	Sanis	02516616
		Quetiapine XR	Jamp	02519607
		Quetiapine XR	Sivem	02417359
		Sandoz Quetiapine XRT	Sandoz	02407671
		Seroquel XR	AZC	02300184
		Teva-Quetiapine XR	Teva Can	02395444

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

Co. L.A.	150 mg	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	02450879
		<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	02520540
		<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	02457237
		<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	02522195
		<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	02527936
		<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	02556839
		<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	02510685
		<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	02516624
		<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	02519615
		<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	02417367
		<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	02407698
		<i>Seroquel XR</i>	AZC	02321513
		<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	02395452
Co. L.A.	200 mg	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	02450887
		<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	02520559
		<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	02457245
		<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	02522209
		<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	02527944
		<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	02556847
		<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	02510693
		<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	02516632
		<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	02519623
		<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	02417375
		<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	02407701
		<i>Seroquel XR</i>	AZC	02300192
		<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	02395460
Co. L.A.	300 mg	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	02450895
		<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	02520567
		<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	02457253
		<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	02522217
		<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	02527952
		<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	02556855
		<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	02510707
		<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	02516640
		<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	02519747
		<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	02417383
		<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	02407728
		<i>Seroquel XR</i>	AZC	02300206
		<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	02395479
Co. L.A.	400 mg	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	02450909
		<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	02520575
		<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	02457261
		<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	02522225
		<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	02527960
		<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	02556863
		<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	02510715
		<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	02516659
		<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	02519763
		<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	02417391
		<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	02407736
		<i>Seroquel XR</i>	AZC	02300214
		<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	02395487

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

RISPÉRIDONE

Co.	0,25 mg	AG-Risperidone	Angita	02369079
		Apo-Risperidone	Apotex	02282119
		Jamp-Risperidone	Jamp	02359529
		Mar-Risperidone	Marcan	02371766
		Mint-Risperidon	Mint	02359790
		pms-Risperidone	Phmscience	02252007
		Rispéridone	Sanis	02356880
		Rispéridone	Sivem	02533804
		Riva-Risperidone	Riva	02283565
		Sandoz Risperidone	Sandoz	02303655
		Taro-Risperidone	Sun Pharma	02328305
		Teva-Risperidone	Teva Can	02282690
Co.	0,5 mg	AG-Risperidone	Angita	02369087
		Apo-Risperidone	Apotex	02282127
		Jamp-Risperidone	Jamp	02359537
		Mar-Risperidone	Marcan	02371774
		Mint-Risperidon	Mint	02359804
		pms-Risperidone	Phmscience	02252015
		Rispéridone	Sanis	02356899
		Rispéridone	Sivem	02533928
		Riva-Risperidone	Riva	02283573
		Sandoz Risperidone	Sandoz	02303663
		Taro-Risperidone	Sun Pharma	02328313
		Teva-Risperidone	Teva Can	02264188
Co.	1 mg	AG-Risperidone	Angita	02369095
		Apo-Risperidone	Apotex	02282135
		Jamp-Risperidone	Jamp	02359545
		Mar-Risperidone	Marcan	02371782
		Mint-Risperidon	Mint	02359812
		pms-Risperidone	Phmscience	02252023
		Rispéridone	Sanis	02356902
		Rispéridone	Sivem	02533936
		Riva-Risperidone	Riva	02283581
		Sandoz Risperidone	Sandoz	02279800
		Taro-Risperidone	Sun Pharma	02328321
		Teva-Risperidone	Teva Can	02264196
Co.	2 mg	AG-Risperidone	Angita	02369117
		Apo-Risperidone	Apotex	02282143
		Jamp-Risperidone	Jamp	02359553
		Mint-Risperidon	Mint	02359820
		pms-Risperidone	Phmscience	02252031
		Rispéridone	Sanis	02356910
		Rispéridone	Sivem	02533944
		Riva-Risperidone	Riva	02283603
		Sandoz Risperidone	Sandoz	02279819
		Taro-Risperidone	Sun Pharma	02328348
		Teva-Risperidone	Teva Can	02264218
Co.	3 mg	AG-Risperidone	Angita	02369125
		Apo-Risperidone	Apotex	02282151
		Jamp-Risperidone	Jamp	02359561
		Mint-Risperidon	Mint	02359839
		pms-Risperidone	Phmscience	02252058
		Rispéridone	Sanis	02356929
		Rispéridone	Sivem	02533952
		Riva-Risperidone	Riva	02283611
		Sandoz Risperidone	Sandoz	02279827
		Taro-Risperidone	Sun Pharma	02328364
		Teva-Risperidone	Teva Can	02264226

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

	Co.	4 mg	<i>AG-Risperidone</i> <i>Apo-Risperidone</i> <i>Jamp-Risperidone</i> <i>Mint-Risperidon</i> <i>pms-Risperidone</i> <i>Rispéridone</i> <i>Rispéridone</i> <i>Riva-Risperidone</i> <i>Sandoz Risperidone</i> <i>Taro-Risperidone</i> <i>Teva-Risperidone</i>	Angita Apotex Jamp Mint Phmscience Sanis Sivem Riva Sandoz Sun Pharma Teva Can	02369133 02282178 02359588 02359847 02252066 02356937 02533960 02283638 02279835 02328372 02264234
	Co. Diss. Orale	1 mg	<i>pms-Risperidone ODT</i>	Phmscience	02291789
	Co. Diss. Orale	2 mg	<i>pms-Risperidone ODT</i>	Phmscience	02291797
	Co. Diss. Orale	3 mg	<i>pms-Risperidone ODT</i>	Phmscience	02370697
	Co. Diss. Orale	4 mg	<i>pms-Risperidone ODT</i>	Phmscience	02370700
	Trousse (Pd. Inj. I.M.)	12,5 mg	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	02298465
	Trousse (Pd. Inj. I.M.)	25 mg	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	02255707
	Trousse (Pd. Inj. I.M.)	37,5 mg	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	02255723
	Trousse (Pd. Inj. I.M.)	50 mg	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	02255758
	Trousse (Pd. Inj. I.M.)	75 mg	<i>Okedi</i>	Bausch H.	02544601
	Trousse (Pd. Inj. I.M.)	100 mg	<i>Okedi</i>	Bausch H.	02544628
RISPÉRIDONE (TARTRATE DE) 	Sol. Orale	1 mg/mL	<i>Apo-Risperidone</i> <i>Jamp-Risperidone</i> <i>pms-Risperidone</i>	Apotex Jamp Phmscience	02280396 02454319 02279266
TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	1 mg	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	00345539
	Co.	2 mg	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	00312754
	Co.	5 mg	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	00312746
	Co.	10 mg	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	00326836
	Co.	20 mg	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	00595942
ZIPRASIDONE 	Caps.	20 mg	<i>Auro-Ziprasidone</i> <i>Zeldox</i>	AuroPharma BGP Pharma	02449544 02298597
	Caps.	40 mg	<i>Auro-Ziprasidone</i> <i>Zeldox</i>	AuroPharma BGP Pharma	02449552 02298600
	Caps.	60 mg	<i>Auro-Ziprasidone</i> <i>Zeldox</i>	AuroPharma BGP Pharma	02449560 02298619
	Caps.	80 mg	<i>Auro-Ziprasidone</i> <i>Zeldox</i>	AuroPharma BGP Pharma	02449579 02298627
ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE) 	Sol. Inj. I.M.	50 mg/mL	<i>Clopixol-acuphase</i>	Lundbeck	02230405
ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE) 	Sol. Inj. I.M.	200 mg/mL	<i>Clopixol dépôt</i>	Lundbeck	02230406
ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE) 	Co.	10 mg	<i>Clopixol</i>	Lundbeck	02230402

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:16.08 ANTIPSYCHOTIQUES (suite)

Co.	25 mg	Clopixol	Lundbeck	02230403

28:20.04 AMPHÉTAMINES

AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D') ⚡	⊕ Caps. L.A.	5 mg	Adderall XR Apo-Amphetamine XR Sandoz Amphetamine XR Teva-Amphetamine XR	Takeda Apotex Sandoz Teva Can	02248808 02445492 02457288 02439239
	⊕ Caps. L.A.	10 mg	Adderall XR Apo-Amphetamine XR Sandoz Amphetamine XR Teva-Amphetamine XR	Takeda Apotex Sandoz Teva Can	02248809 02445506 02457296 02439247
	⊕ Caps. L.A.	15 mg	Adderall XR Apo-Amphetamine XR Sandoz Amphetamine XR Teva-Amphetamine XR	Takeda Apotex Sandoz Teva Can	02248810 02445514 02457318 02439255
	⊕ Caps. L.A.	20 mg	Adderall XR Apo-Amphetamine XR Sandoz Amphetamine XR Teva-Amphetamine XR	Takeda Apotex Sandoz Teva Can	02248811 02445522 02457326 02439263
	⊕ Caps. L.A.	25 mg	Adderall XR Apo-Amphetamine XR Sandoz Amphetamine XR Teva-Amphetamine XR	Takeda Apotex Sandoz Teva Can	02248812 02445530 02457334 02439271
	⊕ Caps. L.A.	30 mg	Adderall XR Apo-Amphetamine XR Sandoz Amphetamine XR Teva-Amphetamine XR	Takeda Apotex Sandoz Teva Can	02248813 02445549 02457342 02439298
DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) ⚡	Caps. L.A.	10 mg	Dexédrine Teva-Dextroamphetamine SR	Paladin Teva Can	01924559 02448319
	Caps. L.A.	15 mg	Dexédrine Teva-Dextroamphetamine SR	Paladin Teva Can	01924567 02448327
	Co.	5 mg	Dexédrine Dextroamphetamine	Paladin AA Pharma	01924516 02443236
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE) ⚡	⊕ Caps.	10 mg	Apo-Lisdexamfetamine JAMP Lisdexamfetamine Sandoz Lisdexamfetamine Teva-Lisdexamfetamine Vyvanse	Apotex Jamp Sandoz Teva Can Takeda	02546647 02535122 02546248 02545861 02439603
	⊕ Caps.	20 mg	Apo-Lisdexamfetamine JAMP Lisdexamfetamine Sandoz Lisdexamfetamine Teva-Lisdexamfetamine Vyvanse	Apotex Jamp Sandoz Teva Can Takeda	02546655 02535130 02546256 02545888 02347156
	⊕ Caps.	30 mg	Apo-Lisdexamfetamine JAMP Lisdexamfetamine Sandoz Lisdexamfetamine Teva-Lisdexamfetamine Vyvanse	Apotex Jamp Sandoz Teva Can Takeda	02546663 02535149 02546264 02545896 02322951

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:20.04 AMPHÉTAMINES (suite)

Ⓢ	Caps.	40 mg	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	02546671
			JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	02535157
			Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	02546272
			Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	02545918
			Vyvanse	Takeda	02347164
Ⓢ	Caps.	50 mg	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	02546698
			JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	02535165
			Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	02546280
			Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	02545926
			Vyvanse	Takeda	02322978
Ⓢ	Caps.	60 mg	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	02546701
			JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	02535173
			Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	02546299
			Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	02545934
			Vyvanse	Takeda	02347172

28:20.32 STIMULANTS RESPIRATOIRES ET DU SNC

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ⓈⓈ	Caps. L.A.	10 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277166 02536943
Ⓢ	Caps. L.A.	15 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277131 02536951
Ⓢ	Caps. L.A.	20 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277158 02536978
Ⓢ	Caps. L.A.	25 mg	Foquest	Elvium	02470292
Ⓢ	Caps. L.A.	30 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277174 02536986
Ⓢ	Caps. L.A.	35 mg	Foquest	Elvium	02470306
Ⓢ	Caps. L.A.	40 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277182 02536994
Ⓢ	Caps. L.A.	45 mg	Foquest	Elvium	02470314
Ⓢ	Caps. L.A.	50 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277190 02537001
Ⓢ	Caps. L.A.	55 mg	Foquest	Elvium	02470322
Ⓢ	Caps. L.A.	60 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277204 02537028
Ⓢ	Caps. L.A.	70 mg	Foquest	Elvium	02470330
Ⓢ	Caps. L.A.	80 mg	Biphenin pms-Methylphenidate CR	Elvium Phmscience	02277212 02537036
Ⓢ	Caps. L.A.	85 mg	Foquest	Elvium	02470349
Ⓢ	Caps. L.A.	100 mg	Foquest	Elvium	02470357
	Co.	5 mg	Apo-Methylphenidate pms-Methylphénidate	Apotex Phmscience	02273950 02234749
	Co.	10 mg	Apo-Methylphenidate pms-Methylphénidate	Apotex Phmscience	02249324 00584991
	Co.	20 mg	Apo-Methylphenidate pms-Methylphénidate	Apotex Phmscience	02249332 00585009
	Co. L.A.	20 mg	AA-Methylphenidate SR	AA Pharma	02266687

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:20.32 STIMULANTS RESPIRATOIRES ET DU SNC (suite)

Co. L.A. (12 h)	18 mg	ACT Methylphenidate ER Concerta	Teva Can Janss. Inc	02441934 02247732
Co. L.A. (12 h)	27 mg	ACT Methylphenidate ER Concerta	Teva Can Janss. Inc	02441942 02250241
Co. L.A. (12 h)	36 mg	ACT Methylphenidate ER Concerta	Teva Can Janss. Inc	02441950 02247733
Co. L.A. (12 h)	54 mg	ACT Methylphenidate ER Concerta	Teva Can Janss. Inc	02441969 02247734
Co. L.A. (12 heures)	18 mg	Apo-Methylphenidate ER	Apotex	02452731
Co. L.A. (12 heures)	27 mg	Apo-Methylphenidate ER	Apotex	02452758
Co. L.A. (12 heures)	36 mg	Apo-Methylphenidate ER	Apotex	02452766
Co. L.A. (12 heures)	54 mg	Apo-Methylphenidate ER	Apotex	02330377

28:20.80 AGENTS FAVORISANT L'ÉTAT DE VEILLE

MODAFINIL	Co.	100 mg	Apo-Modafinil Auro-Modafinil Jamp Modafinil Mar-Modafinil Modafinil Teva-Modafinil	Apotex AuroPharma Jamp Marcan Sanis Teva Can	02285398 02430487 02503727 02432560 02530244 02420260

28:24.08 BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM	Co.	0,25 mg	Apo-Alpraz Pro-Alprazolam Teva-Alprazolam Xanax	Apotex Pro Doc Teva Can BGP Pharma	00865397 01908189 01913484 00548359
	Co.	0,5 mg	Apo-Alpraz Pro-Alprazolam Teva-Alprazolam Xanax	Apotex Pro Doc Teva Can BGP Pharma	00865400 01908170 01913492 00548367
	Co.	1 mg	Apo-Alpraz Pro-Alprazolam Xanax	Apotex Pro Doc BGP Pharma	02243611 02248706 00723770
	Co.	2 mg	Apo-Alpraz TS Xanax TS	Apotex BGP Pharma	02243612 00813958
BROMAZÉPAM	Co.	3 mg	Apo-Bromazepam Teva-Bromazepam	Apotex Teva Can	02177161 02230584
	Co.	6 mg	Apo-Bromazepam Teva-Bromazepam	Apotex Teva Can	02177188 02230585
CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE)	Caps.	25 mg	Chlordiazépoxyde	AA Pharma	00522996
CLORAZÉPATE DIPOTASSIQUE	Caps.	3,75 mg	Clorazépate Tranxene	AA Pharma Abbott	00860689 00264938
	Caps.	7,5 mg	Clorazépate Tranxene	AA Pharma Abbott	00860700 00264946
	Caps.	15 mg	Clorazépate Tranxene	AA Pharma Abbott	00860697 00264911

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:24.08 BENZODIAZÉPINES (suite)

DIAZÉPAM ☒	Co.	2 mg	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	00405329
	Co.	5 mg	<i>Diazépam</i> <i>Valium</i>	AA Pharma Search Phm	00362158 00013285
	Co.	10 mg	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	00405337
	Emuls. Inj.	5 mg/mL	<i>Diazemuls</i>	Pfizer	02065614
	Gel Rectal	5 mg/mL	<i>Diastat 1 mL (5 mg)</i> <i>Diastat 2 mL (10 mg)</i> <i>Diastat 3 mL (15 mg)</i>	Bausch H. Bausch H. Bausch H.	02238162 99113825 99113826
	Sol. Inj.	5 mg/mL	<i>Diazépam</i>	Sandoz	00399728
	Sol. Orale	1 mg/mL	<i>pms-Diazepam</i>	Phmscience	00891797
FLURAZÉPAM (CHLORHYDRATE DE) ☒	Caps.	15 mg	<i>Flurazépam</i>	AA Pharma	00521698
	Caps.	30 mg	<i>Flurazépam</i>	AA Pharma	00521701
LORAZÉPAM ☒	Co.	0,5 mg	<i>Apo-Lorazepam</i> <i>pms-Lorazepam</i> <i>Pro-Lorazepam</i> <i>Teva-Lorazepam</i>	Apotex Phmscience Pro Doc Teva Can	00655740 00728187 00655643 00711101
	Co.	1 mg	<i>Apo-Lorazepam</i> <i>pms-Lorazepam</i> <i>Pro-Lorazepam</i> <i>Teva-Lorazepam</i>	Apotex Phmscience Pro Doc Teva Can	00655759 00728195 00655651 00637742
	Co.	2 mg	<i>Apo-Lorazepam</i> <i>pms-Lorazepam</i> <i>Pro-Lorazepam</i> <i>Teva-Lorazepam</i>	Apotex Phmscience Pro Doc Teva Can	00655767 00728209 00655678 00637750
	Sol. Inj.	4 mg/mL	<i>Lorazépam Injectable</i> <i>Lorazépam Injection</i>	Fresenius Sandoz	02550962 02243278
	Sol. Inj.	1 mg/mL	<i>Midazolam</i> <i>Midazolam</i>	Fresenius Sandoz	02242904 02240285
	Sol. Inj.	5 mg/mL	<i>Midazolam</i> <i>Midazolam</i>	Fresenius Sandoz	02242905 02240286
	Co.	5 mg	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	00511528
	Co.	10 mg	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	00511536
OXAZÉPAM ☒	Co.	10 mg	<i>Apo-Oxazépam</i> <i>Pro-Oxazepam</i> <i>Riva-Oxazepam</i>	Apotex Pro Doc Riva	00402680 00497754 00568392
	Co.	15 mg	<i>Apo-Oxazépam</i> <i>Pro-Oxazepam</i> <i>Riva-Oxazepam</i>	Apotex Pro Doc Riva	00402745 00497762 00568406
	Co.	30 mg	<i>Apo-Oxazépam</i> <i>Pro-Oxazepam</i> <i>Riva-Oxazepam</i>	Apotex Pro Doc Riva	00402737 00497770 00568414
TÉMAZÉPAM ☒	Caps.	15 mg	<i>Restoril</i>	AA Pharma	00604453
	Caps.	30 mg	<i>Restoril</i>	AA Pharma	00604461

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:24.92 ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES; DIVERS

BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	10 mg	AMB-Buspirone Apo-Buspirone Auro-Buspirone Buspirone Buspirone-10 Jamp Buspirone Mint-Buspirone pms-Buspirone Teva-Buspirone	Ambicare Apotex AuroPharma Sanis Pro Doc Jamp Mint Phmscience Teva Can	02550555 02211076 02500213 02447851 02223163 02509911 02519054 02230942 02231492
	Sir.	500 mg/5 mL	Chloral Hydrate Odan	Odan	02247621
	Caps.	10 mg	Hydroxyzine	AA Pharma	00646059
		25 mg	Hydroxyzine	AA Pharma	00646024
		50 mg	Hydroxyzine	AA Pharma	00646016
		10 mg/5 mL	Atarax	Search Phm	00024694
	Sol. Inj. I.M.	5 mL	Paraldéhyde	Oméga	02366029
	Co.	50 mg	Histantil	Phmscience	00575186
		10 mg/5 mL	pms-Prométhazine	Phmscience	00583979

28:28 AGENTS ANTI-MANIAQUES

LITHIUM (CARBONATE DE) 	Caps.	150 mg	Apo-Lithium Carbonate Carbolith Lithane pms-Lithium carbonate	Apotex Bausch H. Search Phm Phmscience	02242837 00461733 02013231 02216132
			Apo-Lithium Carbonate Carbolith Lithane pms-Lithium carbonate	Apotex Bausch H. Search Phm Phmscience	02242838 00236683 00406775 02216140
			Carbolith pms-Lithium carbonate	Bausch H. Phmscience	02011239 02216159
	Caps.	300 mg			
	Caps.	600 mg			

28:32 AGENTS ANTICÉPHALÉE

GALCANÉZUMAB 		Sol. Inj. S.C. (ser)	120 mg/mL (1 mL)	Emgality	Lilly	02491060
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	120 mg/mL (1 mL)	Emgality	Lilly	02491087

28:32.12 ANTAGONISTE PEPTIDE LIÉ AU GÈNE CALCITONINE (CGRP)

ATOGEPAANT 		Co.	10 mg	Qulipta	AbbVie	02533979
		Co.	30 mg	Qulipta	AbbVie	02533987
		Co.	60 mg	Qulipta	AbbVie	02533995
EPTINÉZUMAB 		Sol. Perf. I.V.	100 mg/mL (1 mL)	Vyepti	Lundbeck	02510839
		Sol. Perf. I.V.	100 mg/mL (3 mL)	Vyepti	Lundbeck	02542269
FRÉMANEZUMAB 		Sol. Inj. S.C. (ser)	150 mg/mL (1,5 mL)	Ajovy	Teva Innov	02497859
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	150 mg/mL (1,5 mL)	Ajovy	Teva Innov	02509474

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

ALMOTRIPTAN (MALATE D') 	Co.	6,25 mg	<i>Mylan-Almotriptan</i>	Mylan	02398435
	Co.	12,5 mg	<i>Almotriptan</i> <i>Mylan-Almotriptan</i> <i>Sandoz Almotriptan</i>	Sanis Mylan Sandoz	02466821 02398443 02405334
ÉLÉTRIPTAN (BROMHYDRATE D') 	Co.	20 mg	<i>Apo-Eletriptan</i> <i>Apo-Eletriptan</i> <i>Auro-Eletriptan</i> <i>Eletriptan</i> <i>Jamp Eletriptan</i> <i>Mylan-Eletriptan</i> <i>Relpax</i> <i>Teva-Eletriptan</i>	Apotex Apotex AuroPharma Sanis Jamp Mylan BGP Pharma Teva Can	02386054 02518015 02479451 02511266 02493683 02342235 02256290 02382091
	Co.	40 mg	<i>Apo-Eletriptan</i> <i>Apo-Eletriptan</i> <i>Auro-Eletriptan</i> <i>Eletriptan</i> <i>Jamp Eletriptan</i> <i>Mylan-Eletriptan</i> <i>Relpax</i> <i>Teva-Eletriptan</i>	Apotex Apotex AuroPharma Sanis Jamp Mylan BGP Pharma Teva Can	02386062 02518023 02479478 02511274 02493691 02342243 02256304 02382105
	Co.	1 mg	<i>Teva-Naratriptan</i>	Teva Can	02314290
	Co.	2,5 mg	<i>Sandoz Naratriptan</i> <i>Teva-Naratriptan</i>	Sandoz Teva Can	02322323 02314304
	Co.	5 mg	<i>Apo-Rizatriptan</i> <i>Jamp-Rizatriptan</i>	Apotex Jamp	02393468 02380455
	Co.	10 mg	<i>ACT Rizatriptan</i> <i>Apo-Rizatriptan</i> <i>Jamp-Rizatriptan</i> <i>Mar-Rizatriptan</i> <i>Maxalt</i> <i>M-Rizatriptan</i> <i>Rizatriptan</i>	Teva Can Apotex Jamp Marcan Organon Mantra Ph. Sanis	02381702 02393476 02380463 02379678 02240521 02547716 02516756
	Co. Diss. Orale	5 mg	<i>AG-Rizatriptan ODT</i> <i>Jamp-Rizatriptan ODT</i> <i>Mar-Rizatriptan ODT</i> <i>Maxalt RPD</i> <i>M-Rizatriptan ODT</i> <i>Mylan-Rizatriptan ODT</i> <i>NAT-Rizatriptan ODT</i> <i>pms-Rizatriptan RDT</i> <i>Rizatriptan ODT</i> <i>Rizatriptan ODT</i> <i>Sandoz Rizatriptan ODT</i> <i>Teva-Rizatriptan ODT</i>	Angita Jamp Marcan Organon Mantra Ph. Mylan Natco Phmscience Sanis Sivem Sandoz Teva Can	02492482 02465086 02462788 02240518 02548801 02379198 02436604 02393360 02442906 02446111 02351870 02396661
	Co. Diss. Orale	10 mg	<i>AG-Rizatriptan ODT</i> <i>Jamp-Rizatriptan ODT</i> <i>Mar-Rizatriptan ODT</i> <i>Maxalt RPD</i> <i>M-Rizatriptan ODT</i> <i>Mylan-Rizatriptan ODT</i> <i>NAT-Rizatriptan ODT</i> <i>NRA-Rizatriptan ODT</i> <i>pms-Rizatriptan RDT</i> <i>Rizatriptan ODT</i> <i>Rizatriptan ODT</i> <i>Sandoz Rizatriptan ODT</i> <i>Teva-Rizatriptan ODT</i>	Angita Jamp Marcan Organon Mantra Ph. Mylan Natco Nora Phmscience Sanis Sivem Sandoz Teva Can	02492490 02465094 02462796 02240519 02548828 02379201 02436612 02489384 02393379 02442914 02446138 02351889 02396688
SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE) 	Vap. nasal	20 mg	<i>Imitrex</i>	GSK	02230420

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:32.28 AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE (suite)

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE) 	Co.	50 mg	<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	02268388
			<i>Imitrex DF</i>	GSK	02212153
			<i>JAMP Sumatriptan</i>	Jamp	02545357
			<i>JAMP Sumatriptan DF</i>	Jamp	02545306
			<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	02268914
			<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	02256436
			<i>Sumatriptan</i>	Sanis	02286521
			<i>Sumatriptan</i>	Sivem	02546035
			<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	02385570
			<i>Teva-Sumatriptan DF</i>	Teva Can	02286823
			<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	02268396
			<i>Imitrex DF</i>	GSK	02212161
			<i>JAMP Sumatriptan</i>	Jamp	02545365
			<i>JAMP Sumatriptan DF</i>	Jamp	02545314
			<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	02268922
	Co.	100 mg	<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	02256444
			<i>Sumatriptan</i>	Sanis	02286548
			<i>Sumatriptan</i>	Sivem	02546043
			<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	02385589
			<i>Teva-Sumatriptan</i>	Teva Can	02239367
			<i>Teva-Sumatriptan DF</i>	Teva Can	02286831
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	99000598
			<i>Taro-Sumatriptan</i>	Taro	02361698
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
			<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	02212188
ZOLMITRIPTAN 	Co.	2,5 mg	<i>Auro-Zolmitriptan</i>	AuroPharma	02481030
			<i>Bio-Zolmitriptan</i>	Biomed	02512831
			<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	02421623
			<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	02477106
			<i>Mint-Zolmitriptan</i>	Mint	02419521
			<i>NAT-Zolmitriptan</i>	Natco	02421534
			<i>NRA-Zolmitriptan</i>	Nora	02489392
			<i>Sandoz Zolmitriptan</i>	Sandoz	02362988
			<i>Teva Zolmitriptan</i>	Teva Can	02313960
			<i>Zolmitriptan</i>	Sanis	02442655
			<i>Zomig</i>	Xediton	02238660
			<i>Jamp-Zolmitriptan ODT</i>	Jamp	02428237
			<i>Mint-Zolmitriptan ODT</i>	Mint	02419513
			<i>Sandoz Zolmitriptan ODT</i>	Sandoz	02362996
			<i>Teva Zolmitriptan OD</i>	Teva Can	02342545
	Co. Diss. Orale	2,5 mg	<i>Zolmitriptan ODT</i>	Sanis	02442671
			<i>Zomig Rapimelt</i>	Xediton	02243045
			<i>Jamp-Zolmitriptan ODT</i>	Jamp	02428237
			<i>Mint-Zolmitriptan ODT</i>	Mint	02419513
			<i>Sandoz Zolmitriptan ODT</i>	Sandoz	02362996
			<i>Teva Zolmitriptan OD</i>	Teva Can	02342545
			<i>Zolmitriptan ODT</i>	Sanis	02442671
			<i>Zomig Rapimelt</i>	Xediton	02243045
			<i>Jamp-Zolmitriptan ODT</i>	Jamp	02428237
			<i>Mint-Zolmitriptan ODT</i>	Mint	02419513
			<i>Sandoz Zolmitriptan ODT</i>	Sandoz	02362996
			<i>Teva Zolmitriptan OD</i>	Teva Can	02342545
			<i>Zolmitriptan ODT</i>	Sanis	02442671
			<i>Zomig Rapimelt</i>	Xediton	02243045
			<i>Jamp-Zolmitriptan ODT</i>	Jamp	02428237
			<i>Mint-Zolmitriptan ODT</i>	Mint	02419513
			<i>Sandoz Zolmitriptan ODT</i>	Sandoz	02362996
			<i>Teva Zolmitriptan OD</i>	Teva Can	02342545
			<i>Zolmitriptan ODT</i>	Sanis	02442671
			<i>Zomig Rapimelt</i>	Xediton	02243045
	Vap. nasal	5 mg	<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993
			<i>Zomig</i>	Xediton	02248993

28:32.92 AGENTS ANTICÉPHALÉE, DIVERS

PIZOTIFÈNE (MALATE DE) 	Co.	1 mg	<i>Sandomigran DS</i>	Knight	00511552

28:36 AGENTS ANTIPARKINSONIENS

ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D') 	Co.	50 mg	<i>Parsitan</i>	Search Phm	01927744
FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA 	 Sol. Perf. S. C.	240 mg/mL - 12 mg/mL (10 mL)	<i>Vyalev</i>	AbbVie	02537702
LÉVODOPA/ BENSÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	50 mg - 12,5 mg	<i>Prolopa 50/12.5</i>	Roche	00522597
	Caps.	100 mg - 25 mg	<i>Prolopa 100/25</i>	Roche	00386464
LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE 	Co.	50 mg - 12,5 mg - 200 mg	<i>Stalevo</i>	Sandoz	02305933
	Co.	75 mg - 18,75 mg - 200 mg	<i>Stalevo</i>	Sandoz	02337827

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:36 AGENTS ANTIPARKINSONIENS (suite)

Co.	100 mg - 25 mg - 200 mg	<i>Stalevo</i>	Sandoz	02305941
Co.	125 mg - 31,25 mg - 200 mg	<i>Stalevo</i>	Sandoz	02337835
Co.	150 mg - 37,5 mg - 200 mg	<i>Stalevo</i>	Sandoz	02305968

28:36.04 ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D') 	Caps.	100 mg	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	01990403
	Sir.	50 mg/5 mL	<i>Odan-Amantadine Sirop</i> <i>PDP-Amantadine</i>	Odan Pendopharm	02538601 02022826

28:36.08 AGENTS ANTICHOLINERGIQUES

BENZTROPINE (MÉSULATE DE) 	Co.	1 mg	<i>PDP-Benztropine</i>	Pendopharm	00706531
	Sol. Inj.	1 mg/mL	<i>Benztropine Omega</i>	Oméga	02238903
TRIHXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	2 mg	<i>Trihexyphenidyl</i>	AA Pharma	00545058
	Co.	5 mg	<i>Trihex</i>	AA Pharma	00545074

28:36.12 INHIB. CATÉCHOL-O-MÉTHYL-TRANSFÉrase (COMT)

ENTACAPONE 	Co.	200 mg	<i>Apo-Entacapone</i> <i>Comtan</i> <i>Mint-Entacapone</i> <i>Sandoz Entacapone</i> <i>Teva Entacapone</i>	Apotex Sandoz Mint Sandoz Teva Can	02321459 02243763 02535939 02380005 02375559

28:36.16 PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE

LÉVODOPA/ CARBIDOPA 	Co.	100 mg - 10 mg	<i>Apo-Levocarb</i> <i>Auro-Levocarb</i> <i>JAMP Levocarb</i> <i>Mint-Levocarb</i> <i>Novo-Levocarbido</i> <i>pms-Levodopa-Carbidopa</i>	Apotex AuroPharma Jamp Mint Novopharm Phmscience	02195933 02531593 02546396 02457954 02244494 02549719
	Co.	100 mg - 25 mg	<i>AG-Levocarb</i> <i>Apo-Levocarb</i> <i>Auro-Levocarb</i> <i>JAMP Levocarb</i> <i>Mint-Levocarb</i> <i>Novo-Levocarbido</i> <i>pms-Levodopa-Carbidopa</i>	Angita Apotex AuroPharma Jamp Mint Novopharm Phmscience	02551365 02195941 02531607 02546418 02457962 02244495 02549727
	Co. L.A.	100 mg - 25 mg	<i>Levocarb CR</i>	AA Pharma	02272873
	Co. L.A.	200 mg - 50 mg	<i>Levocarb CR</i>	AA Pharma	02245211

28:36.20 AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

BROMOCRIPTINE (MÉSULATE DE) 	Caps.	5 mg	<i>Bromocriptine</i>	AA Pharma	02230454
	Co.	2,5 mg	<i>Bromocriptine</i>	AA Pharma	02087324
CABERGOLINE 	 Co.	0,5 mg	<i>Apo-Cabergoline</i> <i>Dostinex</i> <i>JAMP Cabergoline</i>	Apotex Paladin Jamp	02455897 02242471 02549611

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:36.20 AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE (suite)

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) 	Co.	0,25 mg	Act Pramipexole Apo-Pramipexole Auro-Pramipexole Mirapex Pramipexole Pramipexole Sandoz Pramipexole	Teva Can Apotex AuroPharma Bo. Ing. Sanis Sivem Sandoz	02297302 02292378 02424061 02237145 02367602 02309122 02315262
	Co.	0,5 mg	Act Pramipexole Apo-Pramipexole Auro-Pramipexole Pramipexole Pramipexole Sandoz Pramipexole	Teva Can Apotex AuroPharma Sanis Sivem Sandoz	02297310 02292386 02424088 02367610 02309130 02315270
	Co.	1 mg	Act Pramipexole Apo-Pramipexole Auro-Pramipexole Pramipexole Pramipexole Sandoz Pramipexole	Teva Can Apotex AuroPharma Sanis Sivem Sandoz	02297329 02292394 02424096 02367629 02309149 02315289
	Co.	1,5 mg	Act Pramipexole Apo-Pramipexole Auro-Pramipexole Pramipexole Pramipexole Sandoz Pramipexole	Teva Can Apotex AuroPharma Sanis Sivem Sandoz	02297337 02292408 02424118 02367645 02309157 02315297

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	0,25 mg	Ran-Ropinirole Teva-Ropinirole	Ranbaxy Teva Can	02314037 02316846
	Co.	1 mg	Ran-Ropinirole Teva-Ropinirole	Ranbaxy Teva Can	02314053 02316854
	Co.	2 mg	Ran-Ropinirole Teva-Ropinirole	Ranbaxy Teva Can	02314061 02316862
	Co.	5 mg	Ran-Ropinirole Teva-Ropinirole	Ranbaxy Teva Can	02314088 02316870

ROTIGOTINE 		Timbre cut.	1 mg/24 h	Neupro	U.C.B.	02403897
		Timbre cut.	2 mg/24 h	Neupro	U.C.B.	02403900
		Timbre cut.	3 mg/24 h	Neupro	U.C.B.	02403919
		Timbre cut.	4 mg/24 h	Neupro	U.C.B.	02403927
		Timbre cut.	6 mg/24 h	Neupro	U.C.B.	02403935
		Timbre cut.	8 mg/24 h	Neupro	U.C.B.	02403943

28:36.32 INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE B

RASAGILINE (MÉSYLATE DE) 		Co.	0,5 mg	Apo-Rasagiline Azilect Jamp Rasagiline Teva-Rasagiline	Apotex Teva Innov Jamp Teva Can	02404680 02284642 02491974 02418436
		Co.	1 mg	Apo-Rasagiline Azilect Jamp Rasagiline Teva-Rasagiline	Apotex Teva Innov Jamp Teva Can	02404699 02284650 02491982 02418444

SAFINAMIDE (MÉSYLATE DE) 	Co.	50 mg	Onstryv	Valeo	02484641
	Co.	100 mg	Onstryv	Valeo	02484668

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:36.32 INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE B (suite)

SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	5 mg	Selegiline	AA Pharma	02230641

28:92 AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, DIVERS

ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D') 	⊕ Caps.	10 mg	Apo-Atomoxetine Atomoxetine Atomoxetine Auro-Atomoxetine Jamp Atomoxetine Novo-Atomoxetine pms-Atomoxetine Riva-Atomoxetine Sandoz Atomoxetine	Apotex Sanis Sivem AuroPharma Jamp Teva Can Phmscience Riva Sandoz	02318024 02467747 02445883 02471485 02506807 02314541 02381028 02405962 02386410

⊕ Caps.	18 mg	Apo-Atomoxetine Atomoxetine Atomoxetine Auro-Atomoxetine Jamp Atomoxetine Novo-Atomoxetine pms-Atomoxetine Riva-Atomoxetine Sandoz Atomoxetine	Apotex Sanis Sivem AuroPharma Jamp Teva Can Phmscience Riva Sandoz	02318032 02467755 02445905 02471493 02506815 02314568 02381036 02405970 02386429

⊕ Caps.	25 mg	Apo-Atomoxetine Atomoxetine Atomoxetine Auro-Atomoxetine Jamp Atomoxetine Novo-Atomoxetine pms-Atomoxetine Riva-Atomoxetine Sandoz Atomoxetine	Apotex Sanis Sivem AuroPharma Jamp Teva Can Phmscience Riva Sandoz	02318040 02467763 02445913 02471507 02506823 02314576 02381044 02405989 02386437

⊕ Caps.	40 mg	Apo-Atomoxetine Atomoxetine Atomoxetine Auro-Atomoxetine Jamp Atomoxetine pms-Atomoxetine Riva-Atomoxetine Sandoz Atomoxetine Teva-Atomoxetine	Apotex Sanis Sivem AuroPharma Jamp Phmscience Riva Sandoz Teva Can	02318059 02467771 02445948 02471515 02506831 02381052 02405997 02386445 02314584

⊕ Caps.	60 mg	Apo-Atomoxetine Atomoxetine Atomoxetine Auro-Atomoxetine Jamp Atomoxetine pms-Atomoxetine Riva-Atomoxetine Sandoz Atomoxetine Teva-Atomoxetine	Apotex Sanis Sivem AuroPharma Jamp Phmscience Riva Sandoz Teva Can	02318067 02467798 02445956 02471523 02506858 02381060 02406004 02386453 02314592

BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE) 	Co.	16 mg	Auro-Betahistine Betahistine M-Bétahistine Mint-Betahistine NRA-Betahistine pms-Betahistine Serc	AuroPharma Sanis Mantra Ph. Mint Nora Phmscience BGP Pharma	02449153 02466449 02519690 02538148 02544938 02330210 02243878

Co.	24 mg	Auro-Betahistine Betahistine M-Bétahistine Mint-Betahistine NRA-Betahistine pms-Betahistine Serc	AuroPharma Sanis Mantra Ph. Mint Nora Phmscience BGP Pharma	02449161 02466457 02519704 02538156 02544946 02330237 02247998

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:92 AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, DIVERS (suite)

DIMÉTHYLE (FUMARATE DE) 	 Caps. L.A.	120 mg	<i>ACH-Dimethyl Fumarate</i>	Accord	02495341
			<i>Apo-Dimethyl Fumarate</i>	Apotex	02505762
			<i>Auro-Dimethyl Fumarate</i>	AuroPharma	02540746
			<i>GLN-Dimethyl Fumarate</i>	Glenmark	02494809
			<i>Jamp Dimethyl Fumarate</i>	Jamp	02516047
			<i>Mar-Dimethyl Fumarate</i>	Marcan	02502690
			<i>pms-Dimethyl Fumarate</i>	Phmscience	02497026
			<i>Sandoz Dimethyl Fumarate</i>	Sandoz	02513781
			<i>Tecfidera</i>	Biogen	02404508
		240 mg	<i>ACH-Dimethyl Fumarate</i>	Accord	02495368
			<i>Apo-Dimethyl Fumarate</i>	Apotex	02505770
			<i>Auro-Dimethyl Fumarate</i>	AuroPharma	02540754
			<i>GLN-Dimethyl Fumarate</i>	Glenmark	02494817
			<i>Jamp Dimethyl Fumarate</i>	Jamp	02516055
			<i>Mar-Dimethyl Fumarate</i>	Marcan	02502704
			<i>pms-Dimethyl Fumarate</i>	Phmscience	02497034
			<i>Sandoz Dimethyl Fumarate</i>	Sandoz	02513803
			<i>Tecfidera</i>	Biogen	02420201
ÉDARAVONE 	 Susp. Orale	105 mg/5 mL	<i>Radicava</i>	Mitsubishi	02532611
FLUMAZÉNIL	Sol. Inj. I.V.	0,1 mg/mL	<i>Flumazenil Injection</i>	Fresenius	02266342
			<i>Flumazenil Injection</i>	Sandoz	02249561
MÉMANTINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	10 mg	<i>ACT Memantine</i>	Teva Can	02324067
			<i>Apo-Memantine</i>	Apotex	02366487
			<i>Ebixa</i>	Lundbeck	02260638
			<i>Memantine</i>	Sanis	02443082
			<i>Memantine</i>	Sivem	02446049
			<i>Mint-Memantine</i>	Mint	02531887
			<i>pms-Memantine</i>	Phmscience	02321130
			<i>Riva-Memantine</i>	Riva	02348950
			<i>Sandoz Memantine FCT</i>	Sandoz	02375532
RILUZOLE 	 Co.	50 mg	<i>Apo-Riluzole</i>	Apotex	02352583
			<i>Mylan-Riluzole</i>	Mylan	02390299
			<i>Rilutek</i>	SanofiAven	02242763
TETRABENAZINE 	Co.	25 mg	<i>Apo-Tetrabenazine</i>	Apotex	02407590
			<i>Comprimés de tétrabénazine</i>	Sterimax	02410338
			<i>Nitoman</i>	Bausch H.	02199270
			<i>pms-Tetrabenazine</i>	Phmscience	02402424

36:00

agents diagnostique

36:04	insuffisance corticosurrénale
36:26	diabète sucré
36:34	fonction de vésicule biliaire
36:40	fonctions rénales
36:60	fonction thyroïdienne
36:66	fonction hypophysaire
36:68	agents radiographiques et autres agents d'imagerie
36:84	tuberculose

36:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

36:00 AGENTS DIAGNOSTIQUE

FLUORESCÉINE SODIQUE	Sol. Inj. I.V.	10 %	<i>Fluorescite 10%</i>	Alcon	00505005
ISOSULFAN BLEU	Sol. Inj.	2,5 %	<i>Bleu Patented Sodique</i>	Guerbet	00405396
MÉTHACHOLINE (CHLORURE DE) 	Pd. pour Sol. Inh.	100 mg	<i>Methacholine Omega Provocholine</i>	Oméga Methapharm	02263890 02239656
	Pd. pour Sol. Inh.	160 mg	<i>Provocholine</i>	Methapharm	02246492
	Pd. pour Sol. Inh.	320 mg	<i>Provocholine</i>	Methapharm	02246493
	Pd. pour Sol. Inh.	480 mg	<i>Methacholine Omega</i>	Oméga	02263904
	Pd. pour Sol. Inh.	1280 mg	<i>Provocholine</i>	Methapharm	02243834
	Pd. pour Sol. Inh.	1600 mg	<i>Methacholine Omega Provocholine</i>	Oméga Methapharm	02263912 02288826
SODIUM (PHOSPHATE ACIDE DE)/ SODIUM (PHOSPHATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)	Sol.	1,808 mg -7,576 mg -4,4 mg/mL	<i>Solution saline stérile tamponnée aux phosphates</i>	Oméga	00616958

36:04 INSUFFISANCE CORTICOSURRÉNALE

COSYNTROPHINE 	Pd. Inj.	0,25 mg	<i>Cortrosyn</i>	Amphastar	00022381

36:26 DIABÈTE SUCRÉ

DEXTROSE	Sol. Orale	16,77 % (50 g)	<i>Glucodex Jamp-Glucose 50</i>	RougierX Jamp	01936700 80046733
	Sol. Orale	25 % (75 g)	<i>Glucodex Jamp-Glucose 75</i>	RougierX Jamp	00509965 80046741
	Sol. Orale	33,3 % (100 g)	<i>Glucodex</i>	RougierX	01936697

36:34 FONCTION DE VÉSICULE BILIAIRE

SINCALIDE	Pd. Inj. I.V.	5 mcg	<i>Kinevac Sincalide pour injection</i>	Bracco Avir	02228602 02494361

36:40 FONCTIONS RÉNALES

MANNITOL	Sol. Inj. I.V.	25 %	<i>Mannitol Mannitol</i>	Fresenius Pfizer	02243176 00038024

36:60 FONCTION THYROÏDIENNE

PROTIRELINE 	Sol. Inj. I.V.	0,2 mg/mL	<i>Relefact TRH</i>	Odan	02224615
THYROTROPINE ALFA 	Pd. Inj.	1,1 mg	<i>Thyrogen</i>	Genzyme	02246016

36:66 FONCTION HYPOPHYSAIRE

ARGININE (CHLORHYDRATE D')	Sol. Inj. I.V.	250 mg/mL	<i>L-Arginine</i>	Sandoz	00399736

36:68 AGENTS RADIOGRAPHIQUES ET AUTRES AGENTS D'IMAGERIE

BARYUM (SULFATE DE)	Cr. Orale	3 % (P/P)	<i>Esopho-Cat</i>	E-Z-EM	80029578
	Liq.	4,6 % (P/P)	<i>E-Z-Cat</i>	E-Z-EM	80026294

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

36:68 AGENTS RADIOGRAPHIQUES ET AUTRES AGENTS D'IMAGERIE (suite)

	Pd.	96 % (P/P)	ACB Barium	E-Z-EM	80026284
	Pd.	98 % (P/P)	E-Z-HD	E-Z-EM	80026293
	Susp. Orale	13 % (P/V)	Enterovu	E-Z-EM	80026292
	Susp. orale ou rect	1,2 % (P/V)	Readi-Cat	E-Z-EM	80026290
	Susp. orale ou rect	105% (P/V)	Polibar Plus	E-Z-EM	80027471
DIATRIZOATE DE SODIUM/ DIATRIZOATE DE MÉGLUMINE	Sol. Orale	10 %-66 %	Gastrografin	Bracco	02228564
GADOBÉNATE DE DIMÉGLUMINE	Sol. Inj. I.V.	529 mg/mL	Multihance	Bracco	02248302
GADOBUTROL	Sol. Inj. I.V.	604.72 mg/mL	Gadovist 1.0	Bayer	02241089
GADODIAMIDE	Sol. Inj.	287 mg/mL	Omniscan	GE Health	02172771
GADOTÉRIDOL	Sol. Inj. I.V.	0,5 mmol/mL	Prohance	Bracco	02229056
HUILE ÉTHIODÉE	Sol. Inj.	38 %	Lipiodol Ultra Fluid	Guerbet	00386685
IODIXANOL	Sol. Inj. I.V.	550 mg/mL	Visipaque 270	GE Health	02145766
	Sol. Inj. I.V.	652 mg/mL	Visipaque 320	GE Health	02145774
IOHEXOL	Sol. Inj.	388 mg/mL	Omnipaque 180	GE Health	02172720
	Sol. Inj.	518 mg/mL	Omnipaque 240	GE Health	02172739
	Sol. Inj.	647 mg/mL	Omnipaque 300	GE Health	02172747
	Sol. Inj.	755 mg/mL	Omnipaque 350	GE Health	02172755
IOPAMIDOL	Sol. Inj.	41 %	Isovue 200	Bracco	02229013
	Sol. Inj.	61 %	Isovue 300	Bracco	02229021
	Sol. Inj.	76 %	Isovue 370	Bracco	02229048
IOPROMIDE	Sol. Inj.	50 %	Ultravist 240	Bayer	02078597
	Sol. Inj.	62 %	Ultravist 300	Bayer	02078600
	Sol. Inj.	77 %	Ultravist 370	Bayer	02078619
IOHALAMATE DE MÉGLUMINE	Sol. Inj.	17,2 %	Cysto-Conray II	Liebel	00397466
	Sol. Inj.	30 %	Conray-30	Liebel	00223107
	Sol. Inj.	43 %	Conray-43	Liebel	00477095
	Sol. Inj.	60 %	Conray-60	Liebel	00131237
IOVERSOL	Sol. Inj.	51 %	Optiray 240	Liebel	02225263
	Sol. Inj.	68 %	Optiray 320	Liebel	01900854
IOXAGLATE DE MÉGLUMINE/ IOXAGLATE DE SODIUM	Sol. Inj.	24,6 %-12,3 %	Hexabrix-200	Guerbet	00788805
	Sol. Inj.	39,3 %-19,6 %	Hexabrix-320	Guerbet	00603740

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

36:84 TUBERCULOSE

TUBERCULINE DÉRIVÉE DE PROTÉINE
PURIFIÉE (MANTOUX)

Sol. Inj. I.D.

5 U.T./épreuve

Tubersol

SanofiPast

00317268

40:00

équilibre électrolytique

40:08	agents alcalinisants
40:10	désintoxiquants de l'ammoniaque
40:12	préparations de remplacement
40:18	agents d'élimination d'ions
40:18.18	agents d'élimination du potassium
40:18.19	agents réducteurs de phosphate
40:20	agents caloriques
40:28	diurétiques
40:28.08	diurétiques de l'anse
40:28.12	diurétiques osmotiques
40:28.16	diurétiques d'épargne potassique
40:28.20	diurétiques thiazidiques
40:28.24	diurétiques de type thiazidique
40:28.92	diurétiques, divers
40:36	solutions d'irrigation
40:92	équilibre électrolytique, divers

40:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:08 AGENTS ALCALINISANTS

ACIDE CITRIQUE/ CITRATE DE SODIUM	Sol. Orale	334 mg -500 mg/5 mL	Dicitrate	Pendopharm	00721344

BICARBONATE DE SODIUM	Co.	500 mg	Jamp-Sodium Bicarbon- ate	Jamp	80030520
			M-Sodium Bicarbonate	Mantra Ph.	80123328
			Sandoz Sodium Bicarbon- ate	Sandoz	80022194
	Sol. Inj. I.V.	1 mmol/mL	Bicarbonate de sodium in- jectable	Oméga	02467585
			Bicarbonate de sodium in- jectable	Sterimax	02541904
			Bicarbonate de sodium pour injection	Jamp	02516225
			Sodium Bicarbonate Injec- tion	Fresenius	02486636

LACTATE DE SODIUM	Sol. Inj. I.V.	0,167 mÉq/mL	Lactate de Sodium M/6	Baxter	00060631

40:10 DÉSINTOXIQUANTS DE L'AMMONIAQUE

LACTULOSE	Sir.	667 mg/mL	Lactulose pms-Lactulose	Sanis Phmscience	02412268 00703486
	Sol. Orale	667 mg/mL	Jamp-Lactulose Pharma-Lactulose pms-Lactulose-Pharma ratio-Lactulose Teva Lactulose	Jamp Phmscience Phmscience Teva Can Teva Can	02295881 02247383 02469391 00854409 02331551

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL	Liq.	1,1 g/mL	Ravicti	Horizon	02453304

PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM	Gran.	483 mg/g	Pheburane	Medunik	02436663

40:12 PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT

CALCIUM (CARBONATE DE)	Co.	500 mg	AG-Calcium 500 mg	Angita	80103904
			Alta-Cal	Altamed	80076097
			Bio-Calcium	Biomed	80066648
			Calcium 500	BioV	80019737
			Calcium 500	Trianon	80003773
			Calcium Tablet	Cellchem	80067139
			i-Cal 500	InfoPharma	80124033
			Jamp-Calcium	Jamp	02246040
			MCal 500 mg	Mantra Ph.	80055526
			Nora Calcium	Nora	80120791
			Novo-Calcium	Novopharm	80001408
			Nu-Cal	Odan	00618098
			Opus Cal 500	Opus	80039952
			Pharma-Cal 500 mg	Pendopharm	80001122

Co. Croq.	500 mg	Calcium 500	Jamp	00705373

Co. ou Co. Croq.	625 mg à 750 mg (Ca-250 mg à 300 mg)	Apo-Cal	Apotex	00682047

Mousse orale	500 mg/6 g	Pluscal	Medelys	80057859

CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D	Caps.	500 mg -400 UI	LiquiCal D 400 Liqui-Jamp	Mayaka Jamp	80000408 80021961

Caps.	500 mg -800 UI	Liqui-Jamp Plus	Jamp	80028413

Caps.	500 mg - 1 000 UI	Liqui-Jamp Fort	Jamp	80028899

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:12 PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT (suite)

Co.	500 mg -125 UI	<i>Biocal-D</i>	Biomed	80004143
		<i>Cal-500-D</i>	Pro Doc	80017196
		<i>Calcite D 500</i>	Riva	80004966
		<i>Calcium D 500</i>	Trianon	80004968
		<i>Calcium et Vitamine D 125</i>	BioV	80021290
		<i>JAMP Calcium Carbonate D 125</i>	Jamp	02246041
		<i>Néo-Cal-D 500</i>	Néolab	00720798
Co.	500 mg -200 UI	<i>O-Calcium 500 mg avec Vitamine D</i>	Novopharm	80007304
		<i>Osteo Tablet</i>	Cellchem	80067149
Co.	500 mg -400 UI	<i>AG-Calcium Carbonate + Vitamin D 500 mg + 400 UI</i>	Angita	80103511
		<i>AG-Calcium D 400 foncé</i>	Angita	80101377
		<i>Bio-Calcium-D</i>	Biomed	80066647
		<i>Biocal-D Forte</i>	Biomed	80012594
		<i>Bio-Cal-D3</i>	Biomed	80090977
		<i>Bio-Cal-D3 Forte</i>	Biomed	80088060
		<i>Calcite 500 + D 400</i>	Riva	80004963
		<i>Calcium 500 + D 400</i>	Trianon	80004969
		<i>Calcium 500 Vitamine D400</i>	Altamed	80066082
		<i>Calcium 500 Vitamine D400 UI</i>	Altamed	80066089
		<i>Carbocal D 400 (Co.)</i>	Sandoz	02245511
		<i>Dac Calcium 500 mg + Vitamine D400 UI</i>	Dac Pharma	80131668
		<i>i-Cal D400</i>	InfoPharma	80124031
		<i>JAMP Calcium Carbonate D 400 Bleu foncé</i>	Jamp	80025360
		<i>JAMP Calcium Carbonate D 400 Bleu pâle</i>	Jamp	80002122
		<i>JAMP Calcium Carbonate D 400 Rose</i>	Jamp	80025065
		<i>MCal D400</i>	Mantra Ph.	80013329
		<i>Neo-Cal-D Forte</i>	Néolab	02246984
		<i>Nora Cal-D 400 (bleu foncé)</i>	Nora	80120783
		<i>Nora CAL-D 400 (bleu pâle)</i>	Nora	80120785
		<i>Opus Cal D-400</i>	Opus	80020974
		<i>Opus Cal D-400 Bleu Foncé</i>	Opus	80040634
		<i>Pharma-Cal D 400 UI Foncé</i>	Phmscience	80059293
		<i>Pro-Cal-D 400</i>	Pro Doc	80008566
		<i>Riva-Cal D400</i>	Riva	80065914
		<i>Vida_Cal D Régulier</i>	BioV	80021089
Co.	500 mg -500 UI	<i>Jamp-Calcium + Vitamine D 500 UI</i>	Jamp	80012435
Co.	500 mg -800 UI	<i>AG-Calcium D 800</i>	Angita	80105524
		<i>Calcite 500 + D 800</i>	Riva	80015972
		<i>Calcium 500 Vitamine D800</i>	Altamed	80083458
		<i>JAMP Calcium Carbonate D 800</i>	Jamp	80015847
		<i>MCal D800</i>	Mantra Ph.	80019533
		<i>U-Cal D800</i>	Neobourne	80017422
		<i>Vida_Cal D Fort</i>	BioV	80021091
		<i>Vitamin D + Calcium</i>	Cellchem	80079933

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:12 PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT (suite)

	Co.	500 mg - 1 000 UI	AG-Calcium D 1000 Jaune	Angita	80101375
			Bio-CAL-D3 + Calcite 500 + D 1000	Biomed Riva	80027407 80025501
			Calcium 500 Vitamine D1000	Altamed	80066093
			Carbocal D 1000	Sandoz	80027625
			JAMP Calcium Carbonate D 1000	Jamp	80018540
			MCal D1000	Mantra Ph.	80019536
			Nora CAL-D 1000	Nora	80120728
			Opus Cal D-1000	Opus	80039162
			Riva-Cal D1000	Riva	80072757
	Co. Croq.	500 mg -400 UI	AG-Calcium D 400 Croq. Calcia 400	Angita Medexus	80101376 80000159
			Calcium 500 + Vitamine D400	Altamed	80083997
			JAMP Calcium Carbonate D 400 Croquable	Jamp	80002623
			MCal D400 à croquer	Mantra Ph.	80009412
	Co. Croq.	500 mg -800 UI	Calcia Plus	Medexus	80058042
	Co. Croq.	500 mg - 1 000 UI	AG-Calcium D 1000 Croq. JAMP Calcium Carbonate D 1000 Croquable	Angita Jamp	80105522 80027787
			MCal D1000 à croquer	Mantra Ph.	80050701
CALCIUM (CHLORURE DE)	Sol. Inj. I.V.	100 mg/mL (Ca -27 mg/mL)	Calciject Chlorure de Calcium Chlorure de calcium in- jectable	Oméga Pfizer Sterimax	00821780 00294748 02495945
CALCIUM (CITRATE DE)	☞ Pd. Orale	500 mg/sachet	MCal Citrate poudre	Mantra Ph.	80104213
	☞ Sol. Orale	500 mg/15 mL	Jamp-Calcium Citrate liq MCal Citrate liquide	Jamp Mantra Ph.	80068122 80054756
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D	Co.	250 mg - 200 U.I.	Jamp-Calcium Citrate et Vitamine D 200 UI	Jamp	80015811
	Co.	250 mg - 500 UI	Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 500 UI	Jamp	80025304
	Co. Croq.	500 mg -400 UI	AG-Calcium Cit.D 400 Croq. Ci-Cal D 400	Angita Sandoz	80101373 80000281
			JAMP Calcium Citrate D 400 Croquable	Jamp	80003262
	Co. Croq.	500 mg - 1 000 UI	Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 1000 UI	Jamp	80029083
	☞ Pd. Orale	500 mg - 1 000 UI/sachet	MCal Citrate poudre D 1000	Mantra Ph.	80106098
	☞ Sol. Orale	500 mg - 400 UI/15 mL	Jamp Calcium Citrate Liq. D400	Jamp	80007347
	☞ Sol. Orale	500 mg - 1000 UI/15 mL	AG-Calcium Citrate Liquid D 1000 Jamp-Calcium Citrate liq D1000	Angita Jamp	80106657 80068124
			MCal Citrate liquide D1000	Mantra Ph.	80049201
CALCIUM (GLUCONATE DE)	Sol. Inj.	20 mg/ml (Ca-1.86 mg/ml)	Gluconate de calcium in- jectable Gluconate de calcium in- jectable	Fresenius Sterimax	02538644 02556871

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:12 PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT (suite)

	Sol. Inj.	100 mg/mL (Ca-9 mg/mL)	<i>Gluconate de Calcium Gluconate de calcium injectable</i>	Fresenius Sterimax	02141019 02555042
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)	Sol. Orale	100 mg/5 mL	<i>AG-Calcium Liquide Gluco Cal Jamp Lactogluconate Calcium SoluCAL (toutes saveurs)</i>	Angita Altamed Jamp Orimed	80113740 80104220 80096222 99100833
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D	Sol. Orale	500 mg - 400 UI/25 mL	<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400 SoluCAL D (toutes saveurs)</i>	Jamp Orimed	80094870 99100830
	☞ Sol. Orale	500 mg - 1000 UI/25ml	<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000 Solucal D+1000 (toutes saveurs)</i>	Jamp Orimed	80094869 99101332
CALCIUM-MAGNÉSIUM- POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES	Sol. Inj. I.V.	0,23 mEq-0,25 mEq-1 mEq-1,75 mEq-1,5 mEq-1,75 mEq/mL	<i>TPN Électrolytes</i>	Pfizer	00590215
CALCIUM-POTASSIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE	Sol. Inj. I.V.	3 mEq-4 mEq-130 mEq-110 mEq-28 mEq/L	<i>Solution de Ringer avec Lactate Solution de Ringer avec Lactate Solution de Ringer avec Lactate</i>	Abbott Baxter ICU	00886394 00061085 00039470
CALCIUM-POTASSIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE/ DEXTROSE	Sol. Inj. I.V.	3 mEq-4 mEq-130 mEq-110 mEq-28 mEq-50 g/L	<i>Solution de Ringer- Lactate et Dextrose 5%</i>	Baxter	00061131
CHROME/ CUIVRE/ IODE/ MANGANÈSE/ SÉLÉNIUM/ ZINC	Sol. Perf. I.V.	0,004 mg-0,4 mg-0,06 mg-0,1 mg-0,02 mg-3 mg/mL	<i>Micro+6 Pédiatrique</i>	Sandoz	02091100
	Sol. Perf. I.V.	0,01 mg-0,3 mg-0,075 mg-0,055 mg-0,06 mg-5 mg/mL	<i>Micro+6 Concentré</i>	Baxter	02507587
CHROME-CUIVRE-FER-MANGANÈSE-IODE-FLUORURE-MOLYBDÈNE-SÉLÉNIUM-ZINC 	Sol. Perf. I.V.	10-380-1100-55-130-950-19-79-5 000 mcg/10mL	<i>Addnutriv</i>	Fresenius	02497697
CHROME-CUIVRE-MANGANÈSE-ZINC	Sol. Perf. I.V.	0,004 mg-0,4 mg-0,1 mg-1 mg/mL	<i>Micro+4 Régulier</i>	Sandoz	02091135
CHROMIQUE (CHLORURE)	Sol. Perf. I.V.	4 mcg/mL	<i>Micro Cr</i>	Sandoz	00786985
CUIVRIQUE (SULFATE)	Sol. Perf. I.V.	0,4 mg/mL	<i>Micro Cu</i>	Sandoz	00786969
DEXTRAN-40/ SODIUM (CHLORURE DE)	Sol. Inj. I.V.	10 %-0,9 %	<i>LMD 10% P/V- Chlorure de Sodium 0.9%</i>	Pfizer	00224227
ÉLECTROLYTES DE REMPLACEMENT	Sol. Orale		<i>Lytren Nursette</i>	M.J.	00406074
ELECTROLYTES DE REMPLACEMENT/ DEXTROSE	Pd. Orale	5,1 g / sac.	<i>Jamp Rehydralyte</i>	Jamp	80027403
HYDROXYÉTHYLAMIDON/ SODIUM (CHLORURE DE) 	Sol. Perf. I.V.	6 %-0,9 %	<i>Voluven</i>	Fresenius	02278057
HYDROXYETHYLAMIDON/ SOLUTION D'ÉLECTROLYTES 	Sol. Inj. I.V.	6 %-0,9 %	<i>Volulyte</i>	Fresenius	02357291
IODURE DE SODIUM	Sol. Perf. I.V.	100 mcg/mL	<i>Micro i</i>	Sandoz	01974548

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:12 PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT (suite)

MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)	Sol. Orale	500 mg/5 mL (Mg-25 mg/5 mL)	Jamp-Magnesium Magnesium-Odan M-Magnesium Rougier Magnésium Rougier Magnesium sans sucre	Jamp Odan Mantra Ph. Teva Can Teva Can	80009357 80004109 80072191 00026697 99100788
MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE)	Co.	500 mg (Mg - 28 mg à 30 mg)	AG-Magnesium Gluco- nate Bio-Magnesium Jamp-Magnesium Maglucate M-Magnesium Gluconate 500 mg	Angita Biomed Jamp Pendopharm Mantra Ph.	80107417 80089349 80009539 00555126 80062929
MAGNÉSIUM-POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES/ DEXTROSE	Sol. Inj. I.V.	3 mEq-13 mEq-40 mEq-16 mEq -40 mEq-50 g/L	Normosol M-Dextrose 5%	ICU	00039489
MAGNÉSIUM-POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES-GLUCONATE	Sol. Inj. I.V.	3 mEq-5 mEq-140 mEq-27 mEq-98 mEq-23 mEq/L	Normosol R	ICU	00039500
MANGANÈSE (SULFATE DE)	Sol. Perf. I.V.	0,1 mg/mL	Micro Mn	Sandoz	00786942
PHOSPHATE ACIDE DE SODIUM/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ POTASSIUM (BICARBONATE DE)	Co. Eff.	500 mg en P - 469 mg - 123 mg	Jamp-Sodium Phosphate M-Sodium Phosphate	Jamp Mantra Ph.	80047562 80112397
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM	Sol. Orale	2,4 g -0,9 g/5 mL	Jamp-Solution de phos- phate de sodium PhoslaX pms-Phosphates	Jamp Odan Phmscience	80034416 80000689 01986147
PHOSPHATES DE SODIUM (MONOBASIQUE ET DIBASIQUE)	Sol. Inj. I.V.	3 mmol/mL en P	Phosphates de sodium	Sandoz	00896187
POTASSIUM (ACÉTATE DE)	Sol. Perf. I.V.	4 mmol/mL	Acétate de Potassium	Oméga	02362597
POTASSIUM (CHLORURE DE)	Caps. L.A.	8 mmol (en K+)	Jamp-Potassium Chloride ER Micro-K	Jamp Paladin	80062704 02042304
	Co. L.A.	8 mmol (en K+)	Apo-K Jamp-K 8 M-K8 L.A. Opus K-8 PRZ K8	Apotex Jamp Mantra Ph. Opus Pharmaris	00602884 80013005 80035346 80044745 80108882
	Co. L.A.	20 mmol (en K+)	AG-K20 Bio-POTASSIUM K20 Euro-K 20 Jamp-K 20 K-20 Potassium M-K20 L.A. M-K20 Soluble Odan K-20 Opus K-20 PRZ K20 Riva-K 20 SR	Angita Biomed Sandoz Jamp Altamed Mantra Ph. Mantra Ph. Odan Opus Pharmaris Riva	80106713 80026265 02242261 80013007 80040412 80025624 80071412 80004415 80028233 80107649 02243975
	Sol. Inj. I.V.	2 mmol/mL	Chlorure de Potassium Chlorure de Potassium Chlorure de Potassium 14.9%	Oméga Pfizer Oméga	02480034 00037869 00402206
	Sol. Orale	6,65 mmol/5 mL (en K+)	Jamp-Potassium Chloride pms-Potassium Chloride	Jamp Phmscience	80024835 02238604

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:12 PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT (suite)

POTASSIUM (CHLORURE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)	Sol. Perf. I.V.	20 mmol-0,9 %	<i>Chlorure de Potassium dans Chlorure de Sodium</i>	Baxter	00786209
	Sol. Perf. I.V.	40 mmol-0,9 %	<i>Chlorure de Potassium dans Chlorure de Sodium</i>	Baxter	00786217
POTASSIUM (CITRATE DE)	Co. Eff.	25 mmol (en K ⁺)	<i>Jamp-K Effervescent K-Lyte</i>	Jamp WellSpring	80033602 02085992
	Co. L.A.	10 mmol (en K ⁺)	<i>Jamp-K-Citrate K-Citra PRZ K-Citrate</i>	Jamp Seaford Pharmaris	80023817 02243768 80109304
	Sol. Orale	10 mmol/5 mL (en K ⁺)	<i>K-Citra 10 Solution</i>	Seaford	80011529
POTASSIUM (PHOSPHATE MONOBASIQUE DE)	Sol. Inj. I.V.	1,29 mmol/mL	<i>Phosphate de Potassium Monobasique</i>	Sandoz	00711306
POTASSIUM (PHOSPHATE MONOBASIQUE ET DIBASIQUE DE)	Sol. Inj. I.V.	4,4 mmol/mL	<i>Phosphates de Potassium</i>	Fresenius	02139545
	Sol. Inj. I.V.	4,4 mmol/mL (en K ⁺)	<i>Phosphates de Potassium</i>	Sandoz	00804789
POTASSIUM/ CHLORURE/ DEXTROSE	Sol. Inj. I.V.	20 mEq-20 mEq-50 g/L	<i>Dextrose 5% et Chlorure de Potassium 0.15%</i>	Baxter	00438049
	Sol. Inj. I.V.	40 mEq-40 mEq-50 g/L	<i>Dextrose 5% et Chlorure de Potassium 0.3%</i>	Baxter	00438030
POTASSIUM/ SODIUM/ CHLORURES/ DEXTROSE	Sol. Inj. I.V.	20 mEq-51 mEq-71 mEq-33 g/L	<i>Dextrose 3.3%-NaCl 0.3%- KCl 0.15%</i>	Baxter	00438014
	Sol. Inj. I.V.	20 mEq-77 mEq-97 mEq-50 g/L	<i>Dextrose 5%-NaCl 0.45%- KCl 0.15%</i>	Baxter	00437999
	Sol. Inj. I.V.	40 mEq-51 mEq-91 mEq-33 g/L	<i>Dextrose 3.3%-NaCl 0.3%- KCl 0.3%</i>	Baxter	00438022
	Sol. Inj. I.V.	40 mEq-77 mEq-117 mEq-50 g/L	<i>Dextrose 5%-NaCl 0.45%- KCl 0.3%</i>	Baxter	00438006
	Susp. Inj. I.V.	20 mEq-154 mEq-174 mEq-50 g/L	<i>Dextrose 5% - Na Cl 0.9% -KCl 0.15%</i>	Baxter	00786292
	Susp. Inj. I.V.	40 mEq-154 mEq-194 mEq-50 g/L	<i>Dextrose 5%- Na Cl 0.9%- KCl 0.3%</i>	Baxter	00786306
SÉLÉNIEUX (ACIDE)	Sol. Perf. I.V.	40 mcg/mL	<i>Micro Se</i>	Sandoz	01986007
SODIUM (ACÉTATE DE)	Sol. Perf. I.V.	4 mmol/mL	<i>Acétate de sodium Sodium Acetate Omega</i>	Fresenius Oméga	02139529 02181746
SODIUM (CHLORURE DE)	Sol. de rinçage (Étab.)	0,9 %	<i>BD Saline SP NaCl 0.9 % Chlorure de Sodium</i>	B-D MedXL	99100502 99100898
	Sol. Inj. I.V.	0,9 %	<i>Chlorure de sodium ADD-Vantage</i>	Abbott	00898759
	Sol. Inj. I.V.	4,5 mg/mL	<i>Chlorure de Sodium 0.45%</i>	Baxter	00060186
			<i>Chlorure de Sodium 0.45%</i>	ICU	00037788

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:12 PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT (suite)

	Sol. Inj. I.V.	9 mg/mL	Chlorure de sodium 0,9% avec bactériostatique	Pfizer	00037818
			Chlorure de Sodium 0.9%	Abbott	00957194
			Chlorure de Sodium 0.9%	Baxter	00060208
			Chlorure de Sodium 0.9%	ICU	00037842
			Chlorure de Sodium 0.9%	Oméga	02150204
			Chlorure de Sodium 0.9%	Pfizer	00037796
			Chlorure de sodium injectable USP 0,9 %	Hikma	02304341
	Sol. Inj. I.V.	30 mg/mL	Chlorure de Sodium 3%	Baxter	00060232
	Sol. Inj. I.V.	234 mg/mL	Chlorure de Sodium 23.4%	Fresenius Oméga	02139510 00402230
	Sol. pour Inh.	70 mg/mL (4 mL)	Nebusal 7 %	Sterimax	80029758
SODIUM (CHLORURE DE) ALCOOL BENZYLIQUE	Sol. Inj.	9 mg - 15 mg/mL	Chlorure de sodium 0.9% Bactériostatique 1.5%	Oméga	00402249
ZINC (SULFATE DE)	Sol. Perf. I.V.	1 mg/mL	Micro Zn	Sandoz	00787019
	Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL	Micro ZN Concentré	Sandoz	00787000

40:18.18 AGENTS D'ÉLIMINATION DU POTASSIUM

POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)	Pd. Orale	Pouvoir liant: 1,6 mmol de k/g	Jamp Calcium Polystyrene Sulfonate Resonium Calcium	Jamp SanofiAven	02502631 02017741
POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE) 	Pd. Orale	Pouvoir liant: 1 mmol de k/g	Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate	Jamp	02497557
			Kayexalate	SanofiAven	02026961
			Odan-Sodium polystyrene sulfonate	Odan	02473941
			Solystat	Pendopharm	00755338
	Susp. Orale	Pouvoir liant: 1 mmol de k/4mL	Odan-Sodium polystyrene sulfonate Solystat	Odan Pendopharm	02473968 00769541

40:18.19 AGENTS RÉDUCTEURS DE PHOSPHATE

LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE) 	Co. Croq.	250 mg	Nat-Lanthanum	Natco	02498731
	Co. Croq.	500 mg	Nat-Lanthanum	Natco	02498758
	Co. Croq.	750 mg	Nat-Lanthanum	Natco	02498766
	Co. Croq.	1000 mg	Nat-Lanthanum	Natco	02498774
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE 	Co. Croq.	500 mg (Fe)	Velphoro	Vifor	02471574
SÉVÉLAMER (CARBONATE DE) 	Co.	800 mg	Accel-Sevelamer Renvela	Accel SanofiAven	02461501 02354586
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	800 mg	Renagel	SanofiAven	02244310

40:20 AGENTS CALORIQUES

ACIDES AMINÉS	Sol. Perf. I.V.	100 g/L	Travasol 10% (mélange C) sans électrolytes	Baxter	00872296

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:20 AGENTS CALORIQUES (suite)

ACIDES AMINÉS/ DEXTROSE	Sol. Perf. I.V.	85 g -200 g/L	Travasol 8.5% - Dextrose 20%	Baxter	00862878
	Sol. Perf. I.V.	85 g -400 g/L	Travasol 8.5% - Dextrose 40%	Baxter	00836397
	Sol. Perf. I.V.	85 g -500 g/L	Travasol 8.5% - Dextrose 50%	Baxter	00862886
	Sol. Perf. I.V.	100 g -100 g/L	Travasol 10% - Dextrose 10%	Baxter	00839450
	Sol. Perf. I.V.	100 g -500 g/L	Travasol 10% - Dextrose 50%	Baxter	00836400
ACIDES AMINÉS/ MAGNÉSIUM-POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES-BIPHOSPHATE/ DEXTROSE	Sol. Perf. I.V.	25g -1,3mmol -15mmol -17,5mmol -37,5mmol -17,5mmol -7,5mmol -100g/L	Travasol 2.5%- Dextrose 10%	Baxter	00869996
	Sol. Perf. I.V.	25 g -1,3 mmol -15 mmol -17,5 mmol -37,5 mmol -17,5 mmol -250 g/L	Travasol 2.5 %- Dextrose 25%	Baxter	00869988
	Sol. Perf. I.V.	27,5 g -2,5 mmol -30 mmol -35 mmol -51 mmol -35 mmol -15 mmol -250 g/L	Travasol 2.75%- Dextrose 25%	Baxter	00872261
	Sol. Perf. I.V.	27,5 g -2,5 mmol -30 mmol -51 mmol -35 mmol -15 mmol -50 g/L	Travasol 2.75%- Dextrose 5%	Baxter	00872288
	Sol. Perf. I.V.	42,5 g -2,5 mmol -30 mmol -35 mmol -70,5 mmol -35 mmol -15 mmol -100 g/L	Travasol 4.25%- Dextrose 10%	Baxter	00872245
	Sol. Perf. I.V.	42,5 g -2,5 mmol -30 mmol -35 mmol -70,5 mmol -35 mmol -15 mmol -250 g/L	Travasol 4.25%- Dextrose 25%	Baxter	00870897
	Sol. Perf. I.V.	50 g -2,5 mmol -30 mmol -35 mmol -75 mmol -35 mmol -15 mmol -100 g/L	Travasol 5%- Dextrose 10%	Baxter	00870870
	Sol. Perf. I.V.	50 g -2,5 mmol -30 mmol -35 mmol -75 mmol -35 mmol -15 mmol -250 g/L	Travasol 5%- Dextrose 25%	Baxter	00851590
	Sol. Perf. I.V.	85g -10 mEq -60 mEq -70 mEq -141 mEq -70 mEq -60 mEq -200 g/L	Travasol A 4.25%- Dextrose 20%	Baxter	00870900
ACIDES AMINÉS/DEXTROSE/LIPIDES 	Emuls. Inj.	5,1 % - 12,7% -3,8%	SmofKabiven Electrolyte Free	Fresenius	02440687
ACIDES AMINÉS/ÉLECTROLYTES/ DEXTROSE/LIPIDES 	Emuls. Inj.	5,1% - 0,7% -12,7% -3,8%	SmofKabiven	Fresenius	02440695
DEXTROSE	Sol. Inj. I.V.	25 %	Dextrojet	Oméga	00623563
	Sol. Inj. I.V.	50 %	Dextrose	Baxter	00060380
	Sol. Inj. I.V.	50 mg/mL	Dextrose 5% Dextrose 5% Dextrose 5% thermoject	Baxter ICU Abbott	00060348 00037915 00898775
	Sol. Inj. I.V.	100 mg/mL	Dextrose 10%	Baxter	00060364
	Sol. Inj. I.V.	133 mg/mL	Dextrose 13.3%	Baxter	00349550
	Sol. Inj. I.V.	200 mg/mL	Dextrose 20% Dextrose 20%	Baxter ICU	00060372 00037966
	Sol. Inj. I.V.	333 mg/mL	Dextrose 33.3%	Baxter	00292354

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:20 AGENTS CALORIQUES (suite)

	Sol. Inj. I.V.	400 mg/mL	<i>Dextrose 40%</i>	Baxter	00498866
	Sol. Inj. I.V.	500 mg/mL	<i>Dextrose 50%</i> <i>Dextrose 50%</i> <i>Dextrose Injectable</i> <i>Dextrose Injection</i>	Baxter ICU Pfizer Oméga	00952907 00037974 02468514 02517132
	Sol. Inj. I.V.	700 mg/mL	<i>Dextrose 70%</i> <i>Dextrose 70%</i>	Baxter ICU	00498882 00244988
DEXTROSE/ SODIUM (CHLORURE DE)	Sol. Inj. I.V.	33,3 mg -3 mg/mL	<i>Dextrose 3.3%- Chlorure de Sodium 0.3%</i> <i>Dextrose 3.3%- Chlorure de Sodium 0.3%</i>	Baxter ICU	00060712 00038881
	Sol. Inj. I.V.	50 mg -2 mg/mL	<i>Dextrose 5%- Chlorure de Sodium 0.2%</i> <i>Dextrose 5%- Chlorure de Sodium 0.2%</i>	Baxter ICU	00060704 00038873
	Sol. Inj. I.V.	50 mg -4,5 mg/mL	<i>Dextrose 5%- Chlorure de Sodium 0.45%</i> <i>Dextrose 5%- Chlorure de Sodium 0.45%</i>	Baxter ICU	00060739 00038903
	Sol. Inj. I.V.	50 mg -9 mg/mL	<i>Dextrose 5%- Chlorure de Sodium 0.9%</i> <i>Dextrose 5%- Chlorure de Sodium 0.9%</i>	Baxter ICU	00060747 00038946
	Sol. Inj. I.V.	100 mg -9 mg/mL	<i>Dextrose 10%- Chlorure de Sodium 0.9%</i>	Baxter	00060755
	Emuls. Inj.	20 %	<i>Smoflipid</i>	Fresenius	02396963
	Sol. Inj. I.V.	13,6 mg -13,8 mg -12,4 mg/mL	<i>Branchamin</i>	Baxter	00636452
	Co.	330 mg	<i>Carnitor</i>	Leadiant	02144328
LÉVOCARNITINE	Sol. Inj. I.V.	1 g/5 mL	<i>Carnitor</i>	Leadiant	02144344
	Sol. Orale	100 mg/mL	<i>Carnitor</i> <i>Odan Levocarnitine</i>	Leadiant Odan	02144336 02492105
TRIHEPTANOÏNE	Liq.	100 %	<i>Dojolvi</i>	Ultragenyx	02512556

40:28.08 DIURÉTIQUES DE L'ANSE

ÉTHACRYNIQUE (ACIDE)	Co.	25 mg	<i>Edecrin</i>	Bausch H.	02258528
FUROSÉMIDE	Co.	20 mg	<i>Apo-Furosémide</i> <i>Furosemide</i> <i>Mint-Furosemide</i> <i>Pro-Furosemide</i> <i>Teva-Furosemide</i>	Apotex Sanis Mint Pro Doc Teva Can	00396788 02351420 02466759 00496723 00337730
	Co.	40 mg	<i>Apo-Furosémide</i> <i>Furosemide</i> <i>Mint-Furosemide</i> <i>pms-Furosémide</i> <i>Pro-Furosemide</i> <i>Teva-Furosemide</i>	Apotex Sanis Mint Phmscience Pro Doc Teva Can	00362166 02351439 02466767 02247494 00397792 00337749

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:28.08 DIURÉTIQUES DE L'ANSE (suite)

Co.	80 mg	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	00707570
		<i>Furosemide</i>	Sanis	02351447
		<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	02466775
		<i>Pro-Furosemide</i>	Pro Doc	00667080
		<i>Teva-Furosemide</i>	Teva Can	00765953
Co.	500 mg	<i>Lasix Spécial</i>	SanofiAven	02224755
Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Furosémide</i>	Sandoz	00527033
		<i>Furosemide injectable</i>	Sterimax	02461404
		<i>Furosemide injection</i>	Oméga	02360365
		<i>Furosémide pour injection</i>	Jamp	02527502
		<i>Furosémide pour injection USP</i>	Hikma	02384094
		<i>Furosémide SDZ</i>	Sandoz	02382539
		<i>Injection de furosémide USP</i>	Marcan	02480530
Sol. Orale	10 mg/mL	<i>Lasix</i>	SanofiAven	02224720
Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL	<i>Furosemide Spécial injection</i>	Oméga	02360446
		<i>Furosémide spécial pour injection</i>	Jamp	02527499

40:28.12 DIURÉTIQUES OSMOTIQUES

MANNITOL

Sol. Inj. I.V.	10 %	<i>Osmitrol</i>	Baxter	00060410
Sol. Inj. I.V.	20 %	<i>Mannitol</i>	ICU	00038016
		<i>Osmitrol</i>	Baxter	00060437
Sol. Inj. I.V.	25 %	<i>Mannitol</i> <i>Mannitol</i>	Fresenius Pfizer	02243176 00038024

40:28.16 DIURÉTIQUES D'ÉPARGNE POTASSIQUE

AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')

Co.	5 mg	<i>Midamor</i>	AA Pharma	02249510

40:28.20 DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES

HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	12,5 mg	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	02327856
		<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	02425947
Co.	25 mg	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	00326844
		<i>Hydrochlorothiazide</i>	Sanis	02360594
		<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	02426196
		<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	02247386
		<i>Teva-Hydrochlorothiazide</i>	Teva Can	00021474
Co.	50 mg	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	00312800
		<i>Hydrochlorothiazide</i>	Sanis	02360608
		<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	02247387
		<i>Teva-Hydrochlorothiazide</i>	Teva Can	00021482

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.	20 mg -12,5 mg	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	02468948
		<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	02453606
		<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	AuroPharma	02476487
		<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	02475707
		<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	02508273
		<i>Olmesartan HCTZ</i>	Sanis	02509601
		<i>Olmetec Plus</i>	Organon	02319616
		<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	02526468

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:28.20 DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES (suite)

Co.	40 mg - 12,5 mg	ACH-Olmesartan HCTZ	Accord	02468956
		Apo-Olmesartan/HCTZ	Apotex	02453614
		Auro-Olmesartan HCTZ	AuroPharma	02476495
		GLN-Olmesartan HCTZ	Glenmark	02475715
		NRA-Olmesartan HCTZ	Nora	02508281
		Olmesartan HCTZ	Sanis	02509636
		Olmetec Plus	Organon	02319624
Co.	40 mg - 25 mg	PRZ-Olmesartan HCTZ	Pharmaris	02526476
		ACH-Olmesartan HCTZ	Accord	02468964
		Apo-Olmesartan/HCTZ	Apotex	02453622
		Auro-Olmesartan HCTZ	AuroPharma	02476509
		GLN-Olmesartan HCTZ	Glenmark	02475723
		NRA-Olmesartan HCTZ	Nora	02508303
		Olmesartan HCTZ	Sanis	02509628
		Olmetec Plus	Organon	02319632
		PRZ-Olmesartan HCTZ	Pharmaris	02526484

40:28.24 DIURÉTIQUES DE TYPE THIAZIDIQUE

CHLORTHALIDONE 	Co.	12,5 mg	Jamp Chlorthalidone	Jamp	02523795
	Co.	25 mg	Jamp Chlorthalidone	Jamp	02523809
	Co.	50 mg	Chlorthalidone Jamp Chlorthalidone	Apotex Jamp	00360279 02523817
INDAPAMIDE 	Co.	1,25 mg	Apo-Indapamide Mylan-Indapamide	Apotex Mylan	02245246 02240067
	Co.	2,5 mg	Apo-Indapamide Mylan-Indapamide	Apotex Mylan	02223678 02153483
METOLAZONE 	Co.	2,5 mg	Zaroxolyn	SanofiAven	00888400

40:28.92 DIURÉTIQUES, DIVERS

AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	5 mg - 50 mg	Amilzide	AA Pharma	00784400
SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	25 mg - 25 mg	Teva-Spironolactone/ HCTZ	Teva Can	00613231
	Co.	50 mg - 50 mg	Teva-Spironolactone/ HCTZ	Teva Can	00657182
TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 	Co.	50 mg - 25 mg	Apo-Triazide Teva-Triamzide	Apotex Teva Can	00441775 00532657

40:36 SOLUTIONS D'IRRIGATION

CALCIUM-MAGNÉSIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE/ DEXTROSE	Sol. Dial. Pér.		Gambrosol Trio 10 Gambrosol Trio 40	Gambro Gambro	02246719 02246720
	Sol. Dial. Pér.	2,5 mEq - 0,5 mEq - 132 mEq - 95 mEq - 40 mEq - 25 g/L	Dianeal PD 4 CAPD- Dextrose 2.5%	Baxter	00865109
	Sol. Dial. Pér.	2,5 mEq - 0,5 mEq - 132 mEq - 95 mEq - 40 mEq - 42,5 g/L	Dianeal PD 4 CAPD- Dextrose 4.25%	Baxter	00865117
	Sol. Dial. Pér.	3 mEq - 1,5 mEq - 132 mEq - 99 mEq - 35 mEq - 42,5 g/L	Inpersol-Dextrose 4.25%	Abbott	00495697
	Sol. Dial. Pér.	3,25 mEq - 1,5 mEq - 132 mEq - 101,75 mEq - 35 mEq - 15 g/L	Dianeal PD101 - Dextrose 1.5%	Baxter	00799815

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:36 SOLUTIONS D'IRRIGATION (suite)

	Sol. Dial. Pér.	3,25mÉq-1,5mÉq-132mÉq-101,75mÉq-35mÉq-25g/L	Dianeal PD101 - Dextrose 2.5%	Baxter	00799823
	Sol. Dial. Pér.	3,25mÉq-1,5mÉq-132mÉq-101,75mÉq-35mÉq-42,5g/L	Dianeal 136.75 PD- Dextrose 4.25%	Baxter	00799807
	Sol. Dial. Pér.	3,25mÉq-1,5mÉq-132mÉq-101,75mÉq-35mÉqg/L	Dianeal 136.75 avec Dextrose 0.5%	Baxter	00799793
	Sol. Dial. Pér.	3,5mÉq-1,5mÉq-131mÉq-101mÉq-35mÉq-25g/L	Inpersol-Dextrose 2.5%	Abbott	00530182
CALCIUM-POTASSIUM-SODIUM/CHLORURES-LACTATE	Sol. Irr.	3mÉq-4mÉq-130mÉq-109mÉq-28mÉq q/L	Irrigation de Ringer avec Lactate	Baxter	00799971
CALCIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE/ DEXTROSE	Sol. Dial. Pér.	3mÉq-133,5mÉq-101,5mÉq-35mÉq-15g/L	Dianeal PD103 - Dextrose 1.5% sans Mg	Baxter	00799866
	Sol. Dial. Pér.	3mÉq-133,5mÉq-101,5mÉq-35mÉq-25g/L	Dianeal PD103 avec Dextrose 2.5% sans Mg	Baxter	00799874
	Sol. Dial. Pér.	3mÉq-133,5mÉq-101,5mÉq-35mÉq-42,5g/L	Dianeal PD103 avec Dextrose 4.25% sans Mg	Baxter	00799882
CHLORURE DE POTASSIUM ET SODIUM/PHOSPHATE DE POTASSIUM ET SODIUM/SULFATE DE MAGNÉSIUM/ DEXTROSE	Sol. Neurol.d'Irr.	0,04 %-0,8 %-0,006 %-0,009 %-0,02%-0,1 %	TIS-U-Sol	Baxter	00800007
EAU POUR IRRIGATION	Sol. Urol. d'Irr.		Eau pour Irrigation	Baxter	00799998
GLYCINE	Sol. Urol. d'Irr.	1,5 %	Glycine Glycine	Baxter ICU	00799955 00498793
MANNITOL/ SORBITOL	Sol. Urol. d'Irr.	0,5 %-2,5 %	Cystosol	Baxter	00799963
SODIUM (CHLORURE DE)	Sol. Irr.	0,9 %	Solution de Chlorure de Sodium 0.9%	Baxter	00786160

40:92 ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE, DIVERS

BICARBONATE POUR HÉMODIALYSE	Sachet	<i>Bicarbonate pour dil. 1+35.83</i>	Baxter	00920797
		<i>Bicarbonate pour dil. 1+44</i>	Baxter	00920800
		<i>Bicarbonate pour dil. H-101</i>	Fresenius	02228084
	Sol. Conc.	<i>Bicarbonate pour dil. 1+35.83</i>	Baxter	00921254
		<i>Bicarbonate pour dil. 1+44</i>	Baxter	00921262
		<i>Concentré liquide de bicarbonate de sodium 1+44</i>	Haemotec	02230083
CALCIUM - ADDITIF POUR HÉMODIALYSE	Sachet	<i>Calcium pour dil. 1+34</i>	Baxter	00920886
		<i>Calcium pour dil. 1+35.83</i>	Baxter	00920894
		<i>Calcium pour dil. 1+44</i>	Baxter	00920908
DEXTROSE - ADDITIF POUR HÉMO- DIALYSE	Sachet	<i>Dextrose pour dil. 1+34</i>	Baxter	00920916
		<i>Dextrose pour dil. 1+35.83</i>	Baxter	00920924
		<i>Dextrose pour dil. 1+44</i>	Baxter	00920932

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

40:92 ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE, DIVERS (suite)

ÉLECTROLYTES POUR HÉMODIALYSE	Sol. Conc.	Électrolytes + acétate dil. 1+34	Baxter	00921246
		Électrolytes pour dil. 1+34	Baxter	00921203
		Électrolytes pour dil. 1+35.83	Baxter	00921211
		Électrolytes pour dil. 1+44	Baxter	00921238
		Haemosol H-200 (dilution 1+44)	Haemotec	02231014
		Hemosol BO	Gambro	02243095
MAGNÉSIUM - ADDITIF POUR HÉMODIALYSE	Sachet	Magnésium pour dil. 1+34	Baxter	00920843
		Magnésium pour dil. 1+35.83	Baxter	00920851
		Magnésium pour dil. 1+44	Baxter	00920878
POTASSIUM - ADDITIF POUR HEMODIALYSE	Sachet	Potassium pour dil. 1+34	Baxter	00920819
		Potassium pour dil. 1+35.83	Baxter	00920827
		Potassium pour dil. 1+44	Baxter	00920835

44:00
enzymes

44:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

44:00 ENZYMES

ALGLUCOSIDASE ALPHA 	 Pd. Perf. I.V.	50 mg	<i>Myozyme</i>	Genzyme	02284863
CHYMOPAPAÏNE	Inj. Intradiscale	2 nkat/mL	<i>Chymodiactin</i>	Abbott	02170302
DORNASE ALFA 	 Sol. pour Inh.	1 mg/mL (2,5 mL)	<i>Pulmozyme</i>	Roche	02046733
RASBURICASE 	 Pd. Inj.	1,5 mg	<i>Fasturtec</i>	SanofiAven	02248416
SÉBÉLIPASE ALFA 	 Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL (10 mL)	<i>Kanuma</i>	Alexion	02469596
VÉLAGLUCÉRASE ALFA 	 Pd. Perf. I.V.	400 U	<i>Vpriv</i>	Takeda	02357119

48:00

agents des voies respiratoires

48:02	agents antifibrotiques
48:08	antitussifs
48:10	agents anti-inflammatoires
48:10.20	antagonistes de l'interleukine
48:10.24	antagonistes des récepteurs aux leucotriènes
48:10.32	stabilisateurs de mastocytes
48:14	modul. cftr (rég. conduct. transm. mucoviscidose)
48:14.04	corr. cftr (rég. conduct. transm. mucoviscidose)
48:14.12	potent. cftr (rég. conduct. transm. mucoviscidose)
48:24	agents mucolytiques
48:48	agents vasodilatateurs
48:92	agents des voies respiratoires, divers

48:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

48:02 AGENTS ANTIFIBROTIQUES

NINTEDANIB (ÉSILATE DE) 	 Caps.	100 mg	Auro-Nintedanib JAMP Nintedanib Ofev	AuroPharma Jamp Bo. Ing.	02526891 02550849 02443066
	 Caps.	150 mg	Auro-Nintedanib JAMP Nintedanib Ofev	AuroPharma Jamp Bo. Ing.	02526905 02540762 02443074
PIRFÉNIDONE 	 Caps.	267 mg	Jamp Pirfenidone Sandoz Pirfenidone Cap- sules	Jamp Sandoz	02509938 02488833
	 Co.	267 mg	Auro-Pirfenidone Esbriet Jamp Pirfenidone M-Pirfenidone pms-Pirfenidone Sandoz Pirfenidone	AuroPharma Roche Jamp Mantra Ph. Phmscience Sandoz	02537753 02464489 02514702 02550644 02531526 02488507
	 Co.	801 mg	Auro-Pirfenidone Esbriet Jamp Pirfenidone M-Pirfenidone pms-Pirfenidone Sandoz Pirfenidone	AuroPharma Roche Jamp Mantra Ph. Phmscience Sandoz	02537761 02464500 02514710 02550652 02531534 02488515

48:08 ANTITUSSIFS

CHLOPHÉDIANOL (CHLORHYDRATE DE)	Sir.	25 mg/5 mL	Ulone	Bausch H.	01966294
CODÉINE (PHOSPHATE DE) 	Co.	15 mg	Codéine pms-Codéine Teva-Codeine	Trianon Phmscience Teva Can	02009889 02243978 00593435
	Sol. Orale	10 mg/5 mL	Linctus codéine blanc	Atlas	00380571
DEXTROMÉTHORPHANE (BROMHYDRATE DE)	Sir.	10 mg/5 mL	Sédatuss	Trianon	00250015
	Sir.	15 mg/5 mL	Bronchophan forte DM	Atlas	00522791
	Sol. Orale	15 mg/5 mL	Balminil D M Bronchophan forte DM D-M sans sucre	RougierX Atlas Trianon	01928775 00957607 00511013
HYDROCODONE (BITARTRATE DE) 	Sir.	5 mg/5 mL	pdp-Hydrocodone	Pendopharm	02324253

48:10.20 ANTAGONISTES DE L'INTERLEUKINE

MÉPOLIZUMAB 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/mL (0,4 mL)	Nucala	GSK	02530821
	 Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/mL (1 mL)	Nucala	GSK	02492997
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	100 mg/mL (1 mL)	Nucala	GSK	02492989

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

48:10.24 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS AUX LEUCOTRIÈNES

MONTÉLUKAST SODIQUE 	Co.	10 mg	AG-Montelukast	Angita	02482835
			Apo-Montelukast	Apotex	02374609
			Auro-Montelukast	AuroPharma	02401274
			Bio-Montelukast	Biomed	02445735
			Jamp-Montelukast	Jamp	02391422
			Mint-Montelukast	Mint	02408643
			M-Montelukast	Mantra Ph.	02488183
			Montelukast	Sanis	02379333
			Montelukast	Sivem	02382474
			Montelukast sodique	Accord	02379236
			NAT-Montelukast	Natco	02522136
			NRA-Montelukast	Nora	02489821
			pms-Montelukast FC	Phmscience	02373947
			Riva-Montelukast FC	Riva	02398826
			Sandoz Montelukast	Sandoz	02328593
			Singulair	Organon	02238217
			Taro-Montelukast	Sun Pharma	02389517
			Teva Montelukast	Teva Can	02355523
	Co. Croq.	4 mg	Apo-Montelukast	Apotex	02377608
			Jamp Montelukast Chewable Tablets	Jamp	02514877
			Mint-Montelukast	Mint	02408627
			Montelukast	Sivem	02382458
			NAT-Montelukast	Natco	02522101
			pms-Montelukast	Phmscience	02354977
			Sandoz Montelukast	Sandoz	02330385
			Singulair	Organon	02243602
			Teva Montelukast	Teva Can	02355507
	Co. Croq.	5 mg	Apo-Montelukast	Apotex	02377616
			Jamp Montelukast Chewable Tablets	Jamp	02514885
			Mint-Montelukast	Mint	02408635
			Montelukast	Sanis	02379325
			Montelukast	Sivem	02382466
			NAT-Montelukast	Natco	02522128
			pms-Montelukast	Phmscience	02354985
			Sandoz Montelukast	Sandoz	02330393
			Singulair	Organon	02238216
			Teva Montelukast	Teva Can	02355515
	Gran.	4 mg/sachet	Sandoz Montelukast Singulair	Sandoz	02358611
				Organon	02247997

48:10.32 STABILISATEURS DE MASTOCYTES

CROMOGLICATE SODIQUE	Sol. pour Inh.	1 % (2 mL)	pms-Sodium cromoglycate	Phmscience	02046113

48:14.04 CORR. CFTR (RÉG. CONDUCT. TRANSM. MUCOVISCIDOSE)

ÉLÉXACAFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ) 		Trousse (orale solide)	50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg	Trikafta	Vertex	02526670
		Trousse (orale solide)	80 mg - 40 mg - 60 mg et 59,5 mg	Trikafta	Vertex	02542285
		Trousse (orale solide)	100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg	Trikafta	Vertex	02542277
		Trousse (orale solide)	100 mg - 50 mg - 75 mg et 150 mg	Trikafta	Vertex	02517140

48:14.12 POTENT. CFTR (RÉG. CONDUCT. TRANSM. MUCOVISCIDOSE)

ÉLÉXACAFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ) 		Trousse (orale solide)	50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg	Trikafta	Vertex	02526670

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

48:14.12 POTENT. CFTR (RÉG. CONDUCT. TRANSM. MUCOVISCIDOSE) (suite)

	☞ Trousse (orale solide)	80 mg - 40 mg - 60 mg et 59,5 mg	<i>Trikafta</i>	Vertex	02542285
	☞ Trousse (orale solide)	100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg	<i>Trikafta</i>	Vertex	02542277
	☞ Trousse (orale solide)	100 mg - 50 mg - 75 mg et 150 mg	<i>Trikafta</i>	Vertex	02517140
IVACAFTOR	☞ Trousse (orale solide)	150 mg	<i>Kalydeco</i>	Vertex	02397412

48:24 AGENTS MUCOLYTIQUES

ACÉTYLCYSTÉINE	Sol.	200 mg/mL	<i>Solution d'acétylcystéine</i> <i>Solution d'acétylcystéine</i> <i>Solution d'acétylcystéine</i>	Hikma Sandoz Sterimax	02459906 02243098 02538431

48:48 AGENTS VASODILATATEURS

AMBRISENTAN	☞ Co.	5 mg	<i>Apo-Ambrisentan</i> <i>Jamp Ambrisentan</i> <i>Volibris</i>	Apotex Jamp GSK	02475375 02521938 02307065
	☞ Co.	10 mg	<i>Apo-Ambrisentan</i> <i>Jamp Ambrisentan</i> <i>Volibris</i>	Apotex Jamp GSK	02475383 02521946 02307073
BOSENTAN	☞ Co.	62,5 mg	<i>NAT-Bosentan</i> <i>pms-Bosentan</i> <i>Taro-Bosentan</i> <i>Tracleer</i>	Natco Phmscience Taro Janss. Inc	02467984 02383012 02483130 02244981
	☞ Co.	125 mg	<i>NAT-Bosentan</i> <i>pms-Bosentan</i> <i>Taro-Bosentan</i> <i>Tracleer</i>	Natco Phmscience Taro Janss. Inc	02467992 02383020 02483149 02244982
MACITENTAN	☞ Co.	10 mg	<i>Opsumit</i>	Janss. Inc	02415690
RIOCIGUAT	☞ Co.	0,5 mg	<i>Adempas</i> <i>Sandoz Riociguat</i>	Bayer Sandoz	02412764 02533545
	☞ Co.	1 mg	<i>Adempas</i> <i>Sandoz Riociguat</i>	Bayer Sandoz	02412772 02533561
	☞ Co.	1,5 mg	<i>Adempas</i> <i>Sandoz Riociguat</i>	Bayer Sandoz	02412799 02533588
	☞ Co.	2 mg	<i>Adempas</i> <i>Sandoz Riociguat</i>	Bayer Sandoz	02412802 02533596
	☞ Co.	2,5 mg	<i>Adempas</i> <i>Sandoz Riociguat</i>	Bayer Sandoz	02412810 02533618
SELEXIPAG	☞ Co.	200 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451158
	☞ Co.	400 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451166
	☞ Co.	600 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451174
	☞ Co.	800 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451182
	☞ Co.	1000 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451190
	☞ Co.	1200 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451204

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

48:48 AGENTS VASODILATATEURS (suite)

Co.	1400 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451212
Co.	1600 mcg	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	02451220

48:92 AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES, DIVERS

BENRALIZUMAB 	Co.	Sol. Inj. S.C. (ser)	30 mg/mL (1 mL)	<i>Fasenra</i>	AZC	02473232
	Co.	Sol. Inj. S.C. (stylo)	30 mg/mL (1 mL)	<i>Fasenra Pen</i>	AZC	02496135

OMALIZUMAB (XOLAIR - PD. INJ. S.C.) 	Co.	Pd. Inj. S.C.	150 mg	<i>Xolair</i>	Novartis	02260565

SOTATERCEPT 	Co.	Pd. Inj. S.C.	45 mg	<i>Winrevair</i>	Merck	02551284
	Co.	Pd. Inj. S.C.	60 mg	<i>Winrevair</i>	Merck	02551292
	Co.	Trousse	45 mg	<i>Winrevair (1 ou 2 flacons)</i>	Merck	02551306
	Co.	Trousse	60 mg	<i>Winrevair (1 ou 2 flacons)</i>	Merck	02551314

TÉZÉPÉLUMAB 	Co.	Sol. Inj. S.C.	110 mg/mL (1,91 mL)	<i>Tezspire (seringue)</i> <i>Tezspire (stylo)</i>	AZC AZC	02529548 02529556

52:00

préparations yeux, oreilles, nez et gorge

52:02	agents antiallergiques
52:04	anti-infectieux
52:04.04	antibactériens
52:08	agents anti-inflammatoires
52:08.08	corticostéroïdes
52:08.20	agents anti-inflammatoires non corticoïdes
52:16	anesthésiques locaux
52:24	mydriatiques
52:28	bains de bouche et gargarismes
52:32	vasoconstricteurs
52:40	agents antiglaucomes
52:40.04	agonistes alpha-adrénergiques
52:40.08	bêta-bloquants
52:40.12	inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
52:40.20	miotiques
52:40.28	analogues de prostaglandine
52:40.92	agents antiglaucomes, divers

52:00

52:56	antagon. facteur croissance endothélium vasculaire
52:92	médicaments yeux, oreilles, nez, gorge et divers

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

52:02 AGENTS ANTIALLERGIQUES

CROMOGLICATE SODIQUE	Sol. Oph.	2 %	<i>Cromolyn</i>	Pendopharm	02009277
LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)	Sol. Oph.	0,1 %	<i>Alomide</i>	Novartis	00893560

52:04.04 ANTIBACTÉRIENS

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)	Pom. Oph.	0,3 %	<i>Ciloxan</i>	Novartis	02200864
	Sol. Oph.	0,3 %	<i>Ciloxan</i> <i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Novartis Sandoz	01945270 02387131
ÉRYTHROMYCINE	Pom. Oph.	0,5 %	<i>Erythromycin</i>	Stéri-Med	02326663
			<i>Erythromycine</i>	Stulln	02141574
			<i>Odan-Erythromycin</i>	Odan	00641324
			<i>PDP-Erythromycine</i>	Pendopharm	01912755
FUSIDIQUE (ACIDE)	Sol. Oph.	1 %	<i>Fucithalmic</i>	Amdipharm	02243862
OFLOXACINE	Sol. Oph.	0,3 %	<i>Ocuflox</i>	AbbVie	02143291
TOBRAMYCINE	Pom. Oph.	0,3 %	<i>Tobrex</i>	Novartis	00614254
	Sol. Oph.	0,3 %	<i>Sandoz Tobramycin</i> <i>Tobrex 0.3%</i>	Sandoz Novartis	02241755 00513962
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	Pd. Inj.	40 mg/mL	<i>Tobramycine (sans prés- ervatif)</i>	Fresenius	00533688

52:08 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

CYCLOSPORINE	Emuls. oph.	0,05 %	<i>Restasis MultiDose</i>	AbbVie	02476835
	Emuls. oph. (unidose)	0,05 % (0,4 mL)	<i>Restasis</i> <i>Teva-Cyclosporine</i>	AbbVie Teva Can	02355655 02462486
	Emuls. oph. (unidose)	0,1 % (0,3 mL)	<i>Verkazia</i>	Apotex	02484137

52:08.08 CORTICOSTÉROÏDES

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	Aéro ou Vap Nasal	0,05 mg/dose	<i>Apo-Béclométhasone AQ</i> <i>Mylan-Beclo AQ</i>	Apotex Mylan	02238796 02172712
BUDÉSONIDE	Vap. nasal	64 mcg/dose	<i>Mylan-Budesonide AQ</i> <i>Rhinocort Aqua</i>	Mylan McNeil Co	02241003 02231923
	Vap. nasal	100 mcg/dose	<i>Mylan-Budesonide AQ</i>	Mylan	02230648
CICLÉSONIDE	Vap. nasal	50 mcg/dose	<i>Omnaris</i>	Covis	02303671
DEXAMÉTHASONE	Implant Intravitréen	0,7 mg	<i>Ozurdex</i>	AbbVie	02363445
	Pom. Oph.	0,1 %	<i>Maxidex</i>	Novartis	00042579
	Sol. Oph.	0,1 %	<i>Dexamethasone</i>	Stulln	02023865
	Susp. Oph.	0,1 %	<i>Maxidex</i>	Novartis	00042560
FLUOROMÉTHOLONE	Susp. Oph.	0,1 %	<i>FML</i> <i>Sandoz Fluorometholone</i>	AbbVie Sandoz	00247855 00432814
FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE)	Susp. Oph.	0,1 %	<i>Flarex</i>	Novartis	00756784

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

52:08.08 CORTICOSTÉROÏDES (suite)

FLUTICASONE (FUROATE DE)	Vap. nasal	27,5 mcg/dose	Avamys	GSK	02298589
FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	Vap. nasal	50 mcg/dose	Apo-Fluticasone Teva-Fluticasone	Apotex Teva Can	02294745 02453738
MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE)	Vap. nasal	50 mcg/dose	Apo-Mometasone Mometasone Mometasone Nasonex Sandoz Mometasone Teva-Mométasone	Apotex Sanis Sivem Organon Sandoz Teva Can	02403587 02519127 02551756 02238465 02449811 02475863
PREDNISOLONE (ACÉTATE DE)	Susp. Oph.	1 %	Pred Forte ratio-Prednisolone Sandoz Prednisolone	AbbVie Teva Can Sandoz	00301175 00700401 01916203
TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	Vap Nasal	55 mcg/dose	Nasacort Allergie 24H	Sanofi San	02417510
TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	Vap. nasal	55 mcg/dose	Apo-Triamcinolone AQ Nasacort AQ	Apotex Sanofi San	02437635 02213834

52:08.20 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON CORTICOÏDES

DICLOFÉNAC SODIQUE	Sol. Oph.	0,1 %	Apo-Diclofenac Ophtalmic Diclofenac JAMP Diclofenac Mint-Diclofenac Sandoz Diclofenac Oph- tha Voltaren Ophtha	Apotex Stulln Jamp Mint Sandoz Novartis	02441020 02475065 02534525 02475197 02454807 01940414
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	Sol. Oph.	0,45 % (0,4 mL)	Acuvail	AbbVie	02369362
	Sol. Oph.	0,5 %	Acular Ketorolac	AbbVie AA Pharma	01968300 02245821

52:16 ANESTHÉSIIQUES LOCAUX

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	Gel Top. (Oral)	2 %	Lidodan Visqueuse	Odan	01968823
	Sol. Aéro.	4 %	Trousse LTA	Abbott	00295531
	Sol. Vap.	10 mg/dose	Lidodan Endotrachéale	Odan	02231147
PROPARACAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Oph.	0,5 %	Alcaïne pms-Proparacaine	Alcon Phmscience	00035076 00872857

52:24 MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D')	Sol. Oph.	1 %	Atropine Isopto Atropine	Stulln Alcon	02023695 00035017
CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Oph.	1 %	Cyclogyl Odan-Cyclopentolate	Alcon Odan	00252506 00626627
PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Oph.	2,5 %	Mydrfrin 2.5%	Alcon	00465763
TROPICAMIDE	Sol. Oph.	0,5 %	Mydriacyl	Alcon	00000981
	Sol. Oph.	1 %	Mydriacyl Odan-Tropicamide	Alcon Odan	00001007 00622885

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

52:28 BAINS DE BOUCHE ET GARGARISMES

BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE) 	Sol. Top. Orale	0,15 %	<i>Odan-Benzzydamine</i> <i>Pharixia</i> <i>pms-Benzzydamine</i>	Odan Pendopharm Phmscience	02463105 02229777 02239537

52:32 VASOCONSTRICTEURS

ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')	Sol. Top.	0,1 %	<i>Adrénaline</i>	Erfa	00155365

52:40.04 AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

BRIMONIDINE (TARTRATE DE) 	Sol. Oph.	0,15 %	<i>Alphagan P</i> <i>Brimonidine P</i>	AbbVie AA Pharma	02248151 02301334
	Sol. Oph.	0,2 %	<i>Alphagan</i> <i>JAMP Brimonidine</i> <i>Med-Brimonidine</i> <i>Riva-Brimonidine</i> <i>Sandoz Brimonidine</i>	AbbVie Jamp GMP Riva Sandoz	02236876 02449226 02507811 02515350 02305429
BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	0,2 % - 0,5 %	<i>Apo-Brimonidine-Timop</i> <i>Combigan</i> <i>JAMP Brimonidine/Timolol</i>	Apotex AbbVie Jamp	02375311 02248347 02531704
BRINZOLAMIDE/BRIMONIDINE (TARTRATE DE) 	Susp. Oph.	1 % - 0,2 %	<i>Simbrinza</i>	Novartis	02435411

52:40.08 BÊTA-BLOQUANTS

BETAXOLOL (CHLORHYDRATE DE) 	Susp. Oph.	0,25 %	<i>Betoptic S</i>	Novartis	01908448
BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	0,2 % - 0,5 %	<i>Apo-Brimonidine-Timop</i> <i>Combigan</i> <i>JAMP Brimonidine/Timolol</i>	Apotex AbbVie Jamp	02375311 02248347 02531704
DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	2 % - 0,5 %	<i>Apo-Dorzo-Timop</i>	Apotex	02299615
			<i>Cosopt</i>	Elvium	02240113
			<i>Dorzolamide - Timolol</i>	Jamp	02522020
			<i>Jamp Dorzolamide-Timolol</i>	Jamp	02457539
			<i>M-Dorzolamide-Timolol</i>	Mantra Ph.	02537796
			<i>Med-Dorzolamide-Timolol</i>	GMP	02437686
			<i>pms-Dorzolamide-Timolol</i>	Phmscience	02442426
			<i>Riva-Dorzolamide/Timolol</i>	Riva	02441659
			<i>Sandoz Dorzolamide/Timolol</i>	Sandoz	02344351
LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	0,005 % - 0,5 %	<i>ACT Latanoprost/Timolol</i> <i>Jamp-Latanoprost/Timolol</i> <i>Med-Latanoprost-Timolol</i> <i>M-Latanoprost-Timolol</i> <i>Mylan-Latanoprost/Timolol</i> <i>Xalacom</i>	Teva Can Jamp GMP Mantra Ph. Mylan BGP Pharma	02436256 02453770 02454505 02514516 02373068 02246619
TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	0,25 %	<i>Sandoz Timolol</i>	Sandoz	02166712
	Sol. Oph.	0,5 %	<i>Apo-Timop</i> <i>Jamp-Timolol</i> <i>Sandoz Timolol</i> <i>Timoptic</i>	Apotex Jamp Sandoz Elvium	00755834 02447800 02166720 00451207
	Sol. Oph. Gel	0,25 %	<i>Timolol Maleate-EX</i>	Sandoz	02242275
	Sol. Oph. Gel	0,5 %	<i>Timolol Maleate-EX</i> <i>Timoptic-XE</i>	Sandoz Elvium	02242276 02171899

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

52:40.08 BÊTA-BLOQUANTS (suite)

TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	0,004 % - 0,5 %	Apo-Travoprost-Timop DuoTrav PQ	Apotex Novartis	02415305 02278251

52:40.12 INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE

ACÉTAZOLAMIDE 	Co.	250 mg	Acétazolamide 250 mg	AA Pharma	00545015

BRINZOLAMIDE 	Susp. Oph.	1 %	Azopt	Novartis	02238873

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE) 	Sol. Oph.	2 %	Dorzolamide Jamp-Dorzolamide Med-Dorzolamide Sandoz Dorzolamide	Jamp Jamp GMP Sandoz	02522373 02453347 02457210 02316307

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	2 % - 0,5 %	Apo-Dorzo-Timop Cosopt Dorzolamide - Timolol Jamp Dorzolamide-Timo- lol M-Dorzolamide-Timolol Med-Dorzolamide-Timolol pms-Dorzolamide-Timolol Riva-Dorzolamide/Timolol Sandoz Dorzolamide/Tim- olol	Apotex Elvium Jamp Jamp Mantra Ph. GMP Phmscience Riva Sandoz	02299615 02240113 02522020 02457539 02537796 02437686 02442426 02441659 02344351

MÉTHAZOLAMIDE 	Co.	50 mg	Méthazolamide	AA Pharma	02245882

52:40.20 MIOTIQUES

CARBACHOL 	Sol. Intraoculaire	0,01 %	Miostat	Alcon	00042544

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) 	Sol. Oph.	2 %	Isopto Carpine	Novartis	00000868

52:40.28 ANALOGUES DE PROSTAGLANDINE

BIMATOPROST 	Sol. Oph.	0,01 %	Bimatoprost RC JAMP Bimatoprost Solu- tion RC Lumigan RC	Juno Jamp AbbVie	02529580 02565773 02324997

LATANOPROST 	Sol. Oph.	0,005 %	AG-Latanoprost Apo-Latanoprost Jamp-Latanoprost Med-Latanoprost M-Latanoprost Mylan-Latanoprost Riva-Latanoprost Sandoz Latanoprost Teva-Latanoprost Xalatan	Angita Apotex Jamp GMP Mantra Ph. Mylan Riva Sandoz Teva Can BGP Pharma	02534835 02296527 02453355 02426935 02513285 02373041 02341085 02367335 02254786 02231493

LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 	Sol. Oph.	0,005 % - 0,5 %	ACT Latanoprost/Timolol Jamp-Latanoprost/Timolol Med-Latanoprost-Timolol M-Latanoprost-Timolol Mylan-Latanoprost/Timo- lol Xalacom	Teva Can Jamp GMP Mantra Ph. Mylan BGP Pharma	02436256 02453770 02454505 02514516 02373068 02246619

LATANOPROSTÈNE BUNOD 	Sol. Oph.	0,024 %	Vyzulta	Bausch H.	02484218

TRAVOPROST 	Sol. Oph.	0,003 %	Izba	Novartis	02457997

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

52:40.28 ANALOGUES DE PROSTAGLANDINE (suite)

	Sol. Oph.	0,004 %	<i>Apo-Travoprost Z</i> <i>JAMP Travoprost Z</i> <i>Sandoz Travoprost</i> <i>Travatan Z</i>	Apotex Jamp Sandoz Novartis	02415739 02548089 02413167 02318008
TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE)	Sol. Oph.	0,004 % - 0,5 %	<i>Apo-Travoprost-Timop</i> <i>DuoTrav PQ</i>	Apotex Novartis	02415305 02278251

52:40.92 AGENTS ANTIGLAUCOMES, DIVERS

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE)	Sol. Oph.	2 % - 0,5 % (0,2 mL)	<i>Cosopt sans préservateur</i>	Elvium	02258692

52:56 ANTAGON. FACTEUR CROISSANCE ENDOTHÉLIUM VASCULAIRE

AFLIBERCEPT 2 MG	Sol. inj.	40 mg/mL	<i>Aflivu</i> <i>Eydenzelt</i> <i>Yesafili</i>	Apotex Celltrion Biocon	02554194 02563037 02535858
	Sol. Inj. (ser)	40 mg/mL	<i>Aflivu</i> <i>Enzeevu</i> <i>Eydenzelt</i> <i>Yesafili</i>	Apotex Sandoz Celltrion Biocon	02554178 02562510 02563045 02558238
AFLIBERCEPT 8 MG	Sol. inj.	114,3 mg/mL (0,263 mL)	<i>Eylea HD</i>	Bayer	02545004
	Sol. Inj. (ser)	114,3 mg /mL (0,184 mL)	<i>Eylea HD</i>	Bayer	02554798
FARICIMAB	Sol. Inj.	120 mg/mL (0,24 mL)	<i>Vabysmo</i>	Roche	02527618
	Sol. Inj. (ser)	120 mg/mL (0,175 mL)	<i>Vabysmo</i>	Roche	02554003

52:92 MÉDICAMENTS YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE ET DIVERS

ACÉTATE DE SODIUM/ CHLORURES DE CALCIUM, MAGNÉSIUM, POTASSIUM ET SODIUM/ CITRATE DE SODIUM	Sol. Oph. d'Irr.	0,39 % - 0,05 % - 0,03 % - 0,08 % - 0,49 % à 0,64 % - 0,17 %	<i>Balanced Salt Solution</i>	Alcon	00512990
ANÉTHOLE TRITHIONE	Co.	25 mg	<i>Sialor</i>	Phmscience	02240344
APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D')	Sol. Oph.	0,5 %	<i>Iopidine</i>	Novartis	02076306
BRINZOLAMIDE/TIMOLOL (MALÉATE DE)	Susp. Oph.	1 % - 0,5 %	<i>Azarga</i>	Novartis	02331624
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE	Sol. Oph.	0,5 % (0,4 mL)	<i>Refresh plus</i>	AbbVie	02049260
	Sol. Oph.	1 % (0,4 mL)	<i>Refresh Celluvisc</i>	AbbVie	00870153
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ GÉLATINE/ PECTINE	Pom. Top. (Orale)	16,6 % - 16,6 % - 16,6 %	<i>Orabase</i>	Convatec	00882623
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE	Sol. Oph.	0,5 %	<i>Refresh tears</i>	AbbVie	02231008
CYSTÉAMINE	Sol. Oph.	0,37 %	<i>Cystadrops</i>	RRDC	02485605
HYDROXYPROPYL CELLULOSE	Lamelle	5 mg	<i>Lacrisert</i>	Bausch H.	02250624
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE	Sol. Oph.	0,5 %	<i>Alcon Tears</i>	Alcon	00000809
	Sol. Oph.	1 %	<i>Alcon Tears</i>	Alcon	00000817

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

52:92 MÉDICAMENTS YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE ET DIVERS (suite)

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70	Sol. Oph.	0,3 %-0,1 %	<i>Tears Naturelle II</i>	Alcon	00743445
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE	Pom. Oph.	57,3 %-42,5 %	<i>Refresh Lacri-Lube</i>	AbbVie	00210889
	Pom. Oph.	80 %-20 %	<i>Soothe Night Time</i>	B + L	02125706
POLYVINYLIQUE (ALCOOL)	Sol. Oph.	1,4 %	<i>pms-Artificial Tears</i>	Phmscience	00776548
	Sol. Oph.	1,4 % (0,4 mL)	<i>Refresh</i>	AbbVie	02138670
POLYVINYLIQUE (ALCOOL)/ POVIDONE	Sol. Oph.	1,4 %-0,6 %	<i>pms-Artificial Tears Xtra</i>	Phmscience	00755311
RANIBIZUMAB 	 Sol. Inj.	10 mg/mL (0,23ml)	<i>Byooviz Ranopto</i>	Biogen Teva Innov	02525852 02542250
VERTÉPORFINE 	 Pd. Inj. I.V.	15 mg	<i>Visudyne</i>	Cheplaphar	02242367

56:00

médicaments gastro-intestinaux

56:04	antiacides et adsorbants
56:08	agents anti-diarrhéiques
56:12	cathartiques et laxatifs
56:14	agents cholélitholytiques
56:16	digestifs
56:22	antiémétiques
56:22.08	antihistaminiques
56:22.20	antagonistes des récepteurs 5-ht3
56:22.32	antagonistes des récepteurs neurokinine-1
56:22.92	antiémétiques, divers
56:28	agents antiulcéreux et antiacides
56:28.12	antagonistes d'histamine h2
56:28.28	prostaglandines
56:28.32	protecteurs
56:28.36	inhibiteurs de la pompe à protons
56:32	agents prokinétiques
56:36	agents anti-inflammatoires

56:44	agents immunomodulateurs
56:92	médicaments gastro-intestinaux, divers

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:04 ANTIACIDES ET ADSORBANTS

ALUMINIUM (HYDROXYDE D')	Susp. Orale	320 mg/5 mL	Alugel	Atlas	00572527
CHARBON ACTIVÉ AQUEUX	Susp. Orale	200 mg/mL	Charcodote	Phmscience	00896608
	Susp. Orale	222 mg/mL	Charac-25 Charac-50	Oméga Oméga	02056429 00637955
CHARBON ACTIVÉ/ SORBITOL	Susp. Orale	200 mg/mL	Charac-Tol 25 Charac-Tol 50 Charcodote Charcodote TFS	Oméga Oméga Phmscience Phmscience	02060205 00649236 00632333 00899208
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)	Susp. Orale	400 mg/5 mL	Lait de Magnésie	Atlas	00468401
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE)	Susp. Orale	200 mg -200 mg/5 mL	Dioval	C. & D.	01966529
	Susp. Orale	300 mg -600 mg/5 mL	Dioval EX	C.-Horner	00491217

56:08 AGENTS ANTI-DIARRHÉIQUES

DIPHÉNOXYLATE (CHLORHYDRATE DE/ ATROPINE (SULFATE D') ®)	Co.	2,5 mg -0,025 mg	Lomotil	Pfizer	00036323
LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	2 mg	Jamp-Loperamide Loperamide-2 pms-Lopéramide Riva-Loperamide Teva-Loperamide	Jamp Pro Doc Phmscience Riva Teva Can	02256452 02225182 02228351 02238211 02132591
			pms-Lopéramide	Phmscience	02016095
	Sol. Orale	0,2 mg/mL	pms-Lopéramide	Phmscience	02016095

56:12 CATHARTIQUES ET LAXATIFS

BISACODYL	Co. Ent.	5 mg	Bisacodyl-Odan Dulcolax Jamp-Bisacodyl	Odan Sanofi San Jamp	02273411 00254142 02246039
	Supp.	5 mg	Bisacodyl Bisacodyl Suppository 5 mg Dulcolax	Cellchem Jamp Bo. Ing.	02458845 02410893 00003867
			AMB-Bisacodyl Bisacodyl Bisacodyl Suppository Dulcolax	Ambicare Cellchem Jamp Sanofi San	02520478 02458853 02361450 00003875
	Supp.	10 mg			
CASCARA SAGRADA	Co.	300 mg à 325 mg	Cascara Sagrada	Vita	00178667
GLYCÉRINE	Supp.				99100357
HUILE DE RICIN	Liq.	97 % à 100 %	Huile de Ricin	Atlas	00050660
HUILE MINÉRALE	Liq.	100 %	Huile Minérale	Atlas	00704172
	Liq. (Rect.)		Fleet Huileux	CB Fleet	00107875
LACTULOSE	Sir.	667 mg/mL	Lactulose pms-Lactulose	Sanis Phmscience	02412268 00703486
	Sol. Orale	667 mg/mL	Jamp-Lactulose Pharma-Lactulose pms-Lactulose-Pharma ratio-Lactulose Teva Lactulose	Jamp Phmscience Phmscience Teva Can Teva Can	02295881 02247383 02469391 00854409 02331551

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:12 CATHARTIQUES ET LAXATIFS (suite)

MAGNÉSIUM (CITRATE DE)	Sol. Orale	50 mg/mL	Citrodan Citro-Mag	Odan RougierX	80001809 00262609
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM	Sol. Rect.	160 mg -60 mg/mL	Lax-A NEMA	Pendopharm	02096900
	Sol. Rect. Péd.	160 mg -60 mg/mL	Fleet Pédiatrique	CB Fleet	00108065
PICOSULFATE SODIQUE / MAGNÉSIUM (OXYDE DE) / ACIDE CITRIQUE	Pd. Orale	10 mg -3,5 g - 12 g / sac.	Pico-Salax Purg-Odan	Ferring Odan	02254794 02317966
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL	Pd. Orale	1 g/g	Comfilax	Cellchem	02460297
			Emolax	Jamp	02374137
			Emolax (30 sachets de 17 grammes)	Jamp	99113714
			Lax-A-Day	Pendopharm	02317680
			Lax-A-Day Pharma	Phmscience	02453193
			M-Peg 3350	Mantra Ph.	02450070
			Peg 3350	Angita	02520796
			Peg 3350	Medisca	02358034
			Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes)	Angita	99114378
			Relaxa	Medexus	02346672
			Relaxa (30 sachets de 17 grammes)	Medexus	99101166
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)	Pd. Orale	0,851 g -0,082 g -0,024 g -0,021 g - 0,011 g/g	Jamplyte (280g)	Jamp	02378329
			PegLyte (280 g)	Pendopharm	99100717
			PegLyte (sachet de 70 g)	Pendopharm	00777838
	Pd. Orale	227,1 g -21,5 g -6,36 g -5,53 g -2,82 g/sac.	Colyte	Pendopharm	00677442
	Sol. Orale	60 mg -5,7 mg -1,7 mg -1,5 mg -0,8 mg/mL	Soluté buvable pour lavage du côlon	Abbott	00709298
PSYLLIUM (MUCILAGE DE)	Pd. Orale		Lax-A Fibre Metamucil	Pendopharm P & Gamble	00599875 01912887
SENNOSIDES A & B	Co.	8,6 mg	AG-Sennosides enrobé	Angita	80103747
			Alta-Senna	Altamed	80064362
			Bio-Sennosides	Biomed	80019511
			Euro-Senna	Sandoz	02247389
			Jamp-Senna	Jamp	80009595
			Jamp-Sennosides Enrobé	Jamp	80009182
			Lax-A Senna	Pendopharm	02068109
			M-Senna 8,6 mg	Mantra Ph.	80079884
			M-Sennosides 8,6 mg	Mantra Ph.	80054498
			NORA Senna	Nora	80120780
			Nora Sennosides	Nora	80120779
			Opus Senna	Opus	80038814
			Opus Sennosides Enrobé	Opus	80047592
			pms-Sennosides	Phmscience	00896411
			Riva-Senna	Riva	80079605
			Senna	Jamp	80110688
			SennAce	Vanc Phm	80061813
			Sennalax	Cellchem	80069737
			Sennosides	Altamed	80054167
			Senokot	ANB Canada	00026158
	Co.	12 mg	Jamp-Sennosides Enrobé	Jamp	80009183
			pms-Sennosides	Phmscience	00896403
			Sennalax Forte	Cellchem	80069733
STERCULIA	Gran.	7 g/sac.	Normacol	MedFutures	00806196

56:14 AGENTS CHOLÉLITHOLYTIQUES

ODÉVIXIBAT 	 Caps.	200 mcg	Bylway	Medison	02542641

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:14 AGENTS CHOLÉLITHOLYTIQUES (suite)

		Caps.	400 mcg	<i>Bylvay</i>	Medison	02542676
		Caps.	600 mcg	<i>Bylvay</i>	Medison	02542684
		Caps.	1200 mcg	<i>Bylvay</i>	Medison	02542692
URSODIOL 		Co.	250 mg	<i>AG-Ursodiol</i>	Angita	02505363
				<i>GLN-Ursodiol</i>	Glenmark	02426900
				<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	02472392
				<i>NRA-Ursodiol</i>	Nora	02544032
				<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	02273497
				<i>Ursodiol C</i>	Sanis	02515520
		Co.	500 mg	<i>AG-Ursodiol</i>	Angita	02505371
				<i>GLN-Ursodiol</i>	Glenmark	02426919
				<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	02472406
				<i>NRA-Ursodiol</i>	Nora	02544024
				<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	02273500
				<i>Ursodiol C</i>	Sanis	02515539

56:16 DIGESTIFS

LACTASE	Caps.	125 mg (1 750 U)	<i>pms-Prolactase</i>	Phmscience	01900285
	Co.	3 000 U	<i>Jamp-Enzyme Lactase Régulier</i>	Jamp	02239139
	Co.	4 500 U	<i>Jamp-Enzyme Lactase Extra-puissant</i> <i>Lactaid extra forte</i>	Jamp McNeil Co	02239140 02230654
	Co.	9 000 U	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	80070358
	Co. Croq.	260 mg (3640 U)	<i>Prolactase</i>	Phmscience	01938762
	Co. Croq.	4 500 U	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	80018706
PANCRÉLIPASE (LIPASE-AMYLASE- PROTÉASE) 	Caps.	8 000 U - 30 000 U - 30 000 U	<i>Cotazym</i>	Organon	00263818
	Caps. Ent.	4 200 U - 17 500 U - 10 000 U	<i>Pancrease MT 4</i>	Vivus	00789445
	Caps. Ent.	8 000 U - 30 000 U - 30 000 U	<i>Cotazym ECS 8</i>	Organon	00502790
	Caps. Ent.	10 000 U - 11 200 U - 730 U	<i>Creon 10 Minimicro-sphères</i>	BGP Pharma	02200104
	Caps. Ent.	10 500 U - 43 750 U - 25 000 U	<i>Pancrease MT 10</i>	Vivus	00789437
	Caps. Ent.	16 800 U - 70 000 U - 40 000 U	<i>Pancrease MT 16</i>	Vivus	00789429
	Caps. Ent.	20 000 U - 55 000 U - 55 000 U	<i>Cotazym ECS 20</i>	Organon	00821373
	Caps. Ent.	25 000 U - 25 500 U - 1600 U	<i>Creon 25 Minimicro-sphères</i>	BGP Pharma	01985205
	Caps. Ent.	35 000 U - 35 700 U - 2 240 U	<i>Creon Minimicrosphères 35</i>	BGP Pharma	02494639
	Co.	10 440 U - 56 400 U - 57 100 U	<i>Viokace (10 440 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	02230019
	Co.	20 880 U - 113 400 U - 112 500 U	<i>Viokace (20 880 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	02241933
	Gran. Ent.	5 000 U - 5 100 U - 320 U/100 mg	<i>Creon Minimicrosphères MICRO</i>	BGP Pharma	02445158

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:22 ANTIÉMÉTIQUES

NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE)	Caps.	300 mg - 0,5 mg	Akynzeo	Knight	02468735

56:22.08 ANTIHISTAMINIQUES

DIMENHYDRINATE	Co.	50 mg	Apo-Dimenhydrinate Gravol Jamp-Dimenhydrinate pms-Dimenhydrinate Traveltabs	Apotex C. & D. Jamp Phmscience Vita	00363766 00013803 02245416 00586331 02241532
	Liq.	15 mg/5 mL	Gravol pms-Dimenhydrinate	C. & D. Phmscience	00230197 00757705
	Sol. Inj. I.M.	50 mg/mL	Dimenhydrinate Dimenhydrinate Injection Gravol Injection de dimenhydrinate Injection de dimenhydrinate (avec agent de conservation)	Sandoz Sandoz C. & D. Hikma Hikma	00392537 02536536 00013579 02428954 02435241
	Supp.	25 mg	Gravol	C. & D.	00783595
	Supp.	50 mg	Sandoz Dimenhydrinate	Sandoz	00392553
	Supp.	100 mg	Gravol Sandoz Dimenhydrinate	C. & D. Sandoz	00013609 00392545
	Co. L.A.	10 mg - 10 mg	ALOG-Doxylamine/Pyridoxine Apo-Doxylamine/B6 Diclectin pms-Doxylamine-Pyridoxine	Analog Ph Apotex Duchesnay Phmscience	02552574 02413248 00609129 02406187
	Supp.	10 mg	Odan-Prochlorperazine	Odan	00789720
PROCHLORPÉRAZINE	Supp.	10 mg	Odan-Prochlorperazine	Odan	00789720
PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)	Co.	5 mg	Prochlorazine	AA Pharma	00886440
	Co.	10 mg	Prochlorazine	AA Pharma	00886432

56:22.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS 5-HT3

GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE)	Co.	1 mg	Apo-Granisetron Jamp Granisetron Nat-Granisetron	Apotex Jamp Natco	02308894 02472686 02452359
	Sol. Inj.	1 mg/mL	Chlorhydrate de Granisétron injectable	Oméga	02322765
ONDANSÉTRON	Co.	4 mg	AG-Ondansetron Apo-Ondansetron Jamp-Ondansetron Mint-Ondansetron Mylan-Ondansetron NAT-Ondansetron Ondansetron Ondansetron pms-Ondansetron Sandoz Ondansetron Teva-Ondansetron Zofran	Angita Apotex Jamp Mint Mylan Natco Sanis Sivem Phmscience Sandoz Teva Can Novartis	02369370 02288184 02313685 02305259 02297868 02417839 02421402 02541424 02258188 02274310 02296349 02213567

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:22.20 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS 5-HT3 (suite)

Co.	8 mg	AG-Ondansetron	Angita	02369389
		Apo-Ondansetron	Apotex	02288192
		Jamp-Ondansetron	Jamp	02313693
		Mint-Ondansetron	Mint	02305267
		Mylan-Ondansetron	Mylan	02297876
		NAT-Ondansetron	Natco	02417847
		Ondansetron	Sanis	02421410
		Ondansetron	Sivem	02541432
		pms-Ondansetron	Phmscience	02258196
		Sandoz Ondansetron	Sandoz	02274329
		Teva-Ondansetron	Teva Can	02296357
Co. Diss. Orale	4 mg	Zofran	Novartis	02213575
		Auro-Ondansetron ODT	AuroPharma	02511282
		Mar-Ondansetron ODT	Marcant	02514966
		Mint-Ondansetron ODT	Mint	02487330
		Ondansetron ODT	Jamp	02519232
		Ondansetron ODT	Sandoz	02481723
		Ondansetron ODT	Sanis	02524279
Co. Diss. Orale	8 mg	pms-Ondansetron ODT	Phmscience	02519445
		Auro-Ondansetron ODT	AuroPharma	02511290
		Mar-Ondansetron ODT	Marcant	02514974
		Mint-Ondansetron ODT	Mint	02487349
		Ondansetron ODT	Jamp	02519240
		Ondansetron ODT	Sandoz	02481731
		Ondansetron ODT	Sanis	02524287
Film	4 mg	pms-Ondansetron ODT	Phmscience	02519453
		Jamp Ondansetron ODF	Jamp	02541351
Film	8 mg	Ondissolve ODF	Takeda	02389983
		Jamp Ondansetron ODF	Jamp	02541378
Sol. Inj. I.V.	2 mg/mL	Ondissolve ODF	Takeda	02389991
		Chlorhydrate d'Ondansétron (sans agent de conservation)	Sandoz	02274418
		Ondansétron injectable (avec agent de conservation)	Novopharm	02265532
		Ondansétron injectable (sans agent de conservation)	Novopharm	02265524
		Ondansetron Injection	Sterimax	02462257
		Ondansetron Injection	Sterimax	02464578
		Ondansétron injection	Sandoz	02279436
		USP (avec agent de conservation)		
		Ondansétron injection	Sandoz	02279428
		USP (sans agent de conservation)		
Sol. Orale	4 mg/5 mL	Jamp-Ondansetron	Jamp	02490617
		Mint-Ondansetron Solution	Mint	02524090
		Ondansetron	Apotex	02291967

56:22.32 ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS NEUROKININE-1

FOSAPRÉPITANT 	Co.	Pd. Perf. I.V.	150 mg	Emend IV Fosaprépitan pour injection	Merck Juno	02363356 02549379

56:22.92 ANTIÉMÉTIQUES, DIVERS

APRÉPITANT 	Co.	Caps.	80 mg	Emend	Merck	02298791
	Co.	Caps.	125 mg	Emend	Merck	02298805
	Co.	Caps.	125mg (1 caps.) et 80mg (2 caps.)	Emend Tri-Pack	Merck	02298813

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:22.92 ANTIÉMÉTIQUES, DIVERS (suite)

NABILONE 	Caps.	0,5 mg	Cesamet pms-Nabilone Teva Nabilone	Bausch H. Phmscience Teva Can	02256193 02380900 02384884
	Caps.	1 mg	Cesamet pms-Nabilone Teva Nabilone	Bausch H. Phmscience Teva Can	00548375 02380919 02384892

56:28.12 ANTAGONISTES D'HISTAMINE H2

FAMOTIDINE 	Co.	20 mg	AG-Famotidine Famotidine Famotidine Jamp Famotidine Mint-Famotidine Teva-Famotidine	Angita Sanis Sivem Jamp Mint Teva Can	02509970 02351102 02549107 02507749 02538628 02022133
	Co.	40 mg	AG-Famotidine Famotidine Famotidine Jamp Famotidine Mint-Famotidine Teva-Famotidine	Angita Sanis Sivem Jamp Mint Teva Can	02509989 02351110 02549115 02507757 02538636 02022141
	Sol. Inj. I.V.	10 mg/mL	Famotidine Oméga Famotidine Omega (sans preservatif)	Oméga Oméga	02247745 02247735
RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	150 mg	Apo-Ranitidine Jamp-Ranitidine Mint-Ranitidine M-Ranitidine pms-Ranitidine Ran-Ranitidine	Apotex Jamp Mint Mantra Ph. Phmscience Ranbaxy	00733059 02463717 02526379 02473534 02242453 02336480
	Co.	300 mg	Apo-Ranitidine Jamp-Ranitidine Mint-Ranitidine M-Ranitidine pms-Ranitidine Ran-Ranitidine	Apotex Jamp Mint Mantra Ph. Phmscience Ranbaxy	00733067 02463725 02526387 02473542 02242454 02336502
	Sol. Orale	150 mg/10 mL	Apo-Ranitidine	Apotex	02280833

56:28.28 PROSTAGLANDINES

DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL 	Co.	50 mg - 200 mcg	Arthrotec GD-Diclofenac/Misopros- tol pms-Diclofenac-Misopros- tol	Pfizer GenMed Phmscience	01917056 02341689 02413469
	Co.	75 mg - 200 mcg	Arthrotec 75 GD-Diclofenac/Misopros- tol pms-Diclofenac-Misopros- tol	Pfizer GenMed Phmscience	02229837 02341697 02413477
MIFÉPRISTONE/MISOPROSTOL 	Trousse (orale solide)	200 mg -200 mcg	Femyso Mifegymiso	Lupin Linepharma	02560569 02444038
MISOPROSTOL 	Co.	100 mcg	Misoprostol	AA Pharma	02244022
	Co.	200 mcg	Misoprostol	AA Pharma	02244023

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:28.32 PROTECTEURS

SUCRALFATE	Co.	1 g	<i>Apo-Sucralfate</i> <i>Sulcrate</i>	Apotex AbbVie	02125250 02100622
	Susp. Orale	1 g/5 mL	<i>Sulcrate Plus</i>	AbbVie	02103567

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

DEXLANSOPRAZOLE	Caps. L.A.	30 mg	<i>Dexilant</i> <i>Dexlansoprazole</i>	Takeda Altius	02354950 02536390
	Caps. L.A.	60 mg	<i>Dexilant</i> <i>Dexlansoprazole</i>	Takeda Altius	02354969 02536404

ESOMÉPRAZOLE (MAGNÉSIUM TRIHYDRATÉ)	Co. L.A.	20 mg	<i>Apo-Esomeprazole</i> <i>Esomeprazole</i> <i>Esomeprazole</i> <i>Esomeprazole</i> <i>M-Esomeprazole</i> <i>MYL-Esomeprazole</i> <i>Nexium</i> <i>pmsc-Esomeprazole DR</i> <i>Riva-Esomeprazole</i> <i>Sandoz Esomeprazole</i> <i>Taro-Esomeprazole</i> <i>TEVA Esomeprazole</i>	Apotex Jamp Sanis Sivem Mantra Ph. Mylan AZC Phmscience Riva Sandoz Sun Pharma Teva Can	02339099 02520699 02535335 02442493 02520109 02479419 02244521 02528479 02557673 02460920 02423979 02423855
	Co. L.A.	40 mg	<i>Apo-Esomeprazole</i> <i>Esomeprazole</i> <i>Esomeprazole</i> <i>Esomeprazole</i> <i>M-Esomeprazole</i> <i>MYL-Esomeprazole</i> <i>Nexium</i> <i>pmsc-Esomeprazole DR</i> <i>Riva-Esomeprazole</i> <i>Sandoz Esomeprazole</i> <i>Taro-Esomeprazole</i> <i>TEVA Esomeprazole</i>	Apotex Jamp Sanis Sivem Mantra Ph. Mylan AZC Phmscience Riva Sandoz Sun Pharma Teva Can	02339102 02520702 02431173 02442507 02520117 02479427 02244522 02528487 02557681 02460939 02423987 02423863

LANSOPRAZOLE	Caps. L.A.	15 mg	<i>Apo-Lansoprazole</i> <i>Lansoprazole</i> <i>Lansoprazole</i> <i>M-Lansoprazole</i> <i>Mylan-Lansoprazole</i> <i>Prevacid</i> <i>Riva-Lansoprazole</i> <i>Sandoz Lansoprazole</i> <i>Taro-Lansoprazole</i>	Apotex Sanis Sivem Mantra Ph. Mylan BGP Pharma Riva Sandoz Sun Pharma	02293811 02357682 02385767 02489805 02353830 02165503 02422808 02385643 02402610
	Caps. L.A.	30 mg	<i>Apo-Lansoprazole</i> <i>Lansoprazole</i> <i>Lansoprazole</i> <i>M-Lansoprazole</i> <i>Mylan-Lansoprazole</i> <i>Prevacid</i> <i>Riva-Lansoprazole</i> <i>Sandoz Lansoprazole</i> <i>Taro-Lansoprazole</i>	Apotex Sanis Sivem Mantra Ph. Mylan BGP Pharma Riva Sandoz Sun Pharma	02293838 02357690 02410389 02489813 02353849 02165511 02422816 02385651 02402629
	Co. L.A.	15 mg	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	02249464
	Co. L.A.	30 mg	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	02249472

NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE	Co.	375 mg - 20 mg	<i>Mylan-Naproxen/Esomeprazole MR</i> <i>Vimovo</i>	Mylan Xediton	02458608 02361701

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:28.36 INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (suite)

OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIEN)	Caps. L.A.	20 mg	<i>Apo-Oméprazole (caps.)</i> <i>Losec (caps.)</i> <i>Omeprazole</i> <i>Omeprazole-20</i> <i>Sandoz Omeprazole (Caps.)</i>	Apotex Cheplaphar Sanis Sivem Sandoz	02245058 00846503 02348691 02411857 02296446
	Co. L.A.	20 mg	<i>Bio-Omeprazole</i> <i>Jamp-Omeprazole DR (co.)</i> <i>Novo-Omeprazole</i> <i>Omeprazole Magnesium (co.)</i> <i>Omeprazole Magnesium DR</i> <i>Riva-Omeprazole DR (co.)</i>	Biomed Jamp Teva Can Accord Sanis Riva	02449927 02420198 02295415 02416549 02504294 02402416
PANTOPRAZOLE (MAGNÉSIEN OU SODIQUE)	Co. Ent.	40 mg	<i>AG-Pantoprazole Sodium</i> <i>Apo-Pantoprazole</i> <i>Auro-Pantoprazole</i> <i>Bio-Pantoprazole</i> <i>Jamp Pantoprazole Sodium</i> <i>Jamp-Pantoprazole</i> <i>Mar-Pantoprazole</i> <i>Mint-Pantoprazole</i> <i>M-Pantoprazole</i> <i>NB-Pantoprazole</i> <i>NRA-Pantoprazole</i> <i>Pantoloc</i> <i>Pantoprazole</i> <i>Pantoprazole</i> <i>Pantoprazole</i> <i>Pantoprazole</i> <i>pms-Pantoprazole</i> <i>Riva-Pantoprazole</i> <i>Sandoz Pantoprazole</i> <i>Taro-Pantoprazole</i> <i>Tecta</i> <i>Teva-Pantoprazole</i>	Angita Apotex AuroPharma Biomed Jamp Jamp Marcan Mint Mantra Ph. NB Pharma Nora Takeda Altamed Nora Riva Sanis Sivem Phmscience Riva Sandoz Sun Pharma Takeda Teva Can	02481588 02292920 02415208 02445867 02392623 02357054 02416565 02417448 02467372 02557304 02471825 02229453 02469138 02498723 02431327 02370808 02428180 02307871 02316463 02301083 02305046 02267233 02285487
	Co. Ent.	10 mg	<i>Jamp Rabeprazole</i> <i>Pariet</i> <i>Rabeprazole</i> <i>Rabeprazole EC</i> <i>Sandoz Rabeprazole</i>	Jamp Janss. Inc Sivem Sanis Sandoz	02415283 02243796 02385449 02356511 02314177
	Co. Ent.	20 mg	<i>Jamp Rabeprazole</i> <i>Pariet</i> <i>Rabeprazole</i> <i>Rabeprazole EC</i> <i>Sandoz Rabeprazole</i>	Jamp Janss. Inc Sivem Sanis Sandoz	02415291 02243797 02385457 02356538 02314185

56:32 AGENTS PROKINÉTIQUES

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)	Co.	10 mg	<i>Apo-Domperidone</i> <i>Bio-Dompéridone</i> <i>Domperidone</i> <i>Domperidone</i> <i>Jamp-Domperidone</i> <i>Mar-Domperidone</i> <i>NRA-Domperidone</i> <i>Pro-Domperidone</i> <i>PRZ-Domperidone</i> <i>Taro-Domperidone</i>	Apotex Biomed Sanis Sivem Jamp Marcan Nora Pro Doc Pharmaris Sun Pharma	02103613 02445034 02350440 02238341 02369206 02403870 02561905 02236857 02462834 02268078

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:32 AGENTS PROKINÉTIQUES (suite)

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	5 mg	<i>Mar-Metoclopramide</i> <i>PMS-Metoclopramide tablets</i> <i>PRZ-Metoclopramide</i>	Marcan Phmscience Pharmaris	02517795 02230431 02548747
	Sol. Inj.	5 mg/mL	<i>Chlorhydrate de métoclopramide injection</i> <i>Chlorhydrate de métoclopramide injection</i> <i>Métoclopramide Oméga</i> <i>pms-Metoclopramide Hydrochloride Injection</i>	Jamp Sandoz Oméga Phmscience	02537397 02185431 02243563 02510790
	Sol. Orale	1 mg/mL	<i>PMS-Metoclopramide oral solution</i>	Phmscience	02230433

56:36 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE) 	Co. Ent.	1 g	<i>Mezera</i> <i>Pentasa</i>	Avir Ferring	02545012 02399466
	Co. Ent.	400 mg	<i>Teva-5-ASA</i>	Teva Can	02171929
	Co. Ent.	500 mg	<i>Mezera</i> <i>Pentasa</i> <i>Salofalk</i>	Avir Ferring AbbVie	02524481 02099683 02112787
	Co. L.A.	1,2 g	<i>Mezavant</i>	Takeda	02297558
	Co. L.A.	800 mg	<i>Octasa</i>	Pendopharm	02465752
	Co. L.A.	1600 mg	<i>Octasa</i>	Pendopharm	02529610
	Supp.	1 g	<i>Mezera</i> <i>Pentasa</i> <i>Salofalk</i> <i>ZDS-Mesalamine</i>	Avir Ferring AbbVie Zydus Ph	02474018 02153564 02242146 02562367
	Supp.	500 mg	<i>Salofalk</i>	AbbVie	02112760
	Susp. Rect.	2 g	<i>Salofalk (58,2 mL)</i>	AbbVie	02112795
	Susp. Rect.	4 g	<i>Pentasa (100 mL)</i> <i>Salofalk (58,2 mL)</i>	Ferring AbbVie	02153556 02112809

OLSALAZINE SODIQUE 	Caps.	250 mg	<i>Dipentum</i>	Search Phm	02063808

56:44 AGENTS IMMUNOMODULATEURS

ÉTRASIMOD (L-ARGININE D') 	 Co.	2 mg	<i>Velsipity</i>	Pfizer	02544903
MIRIKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) 	 Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (1 mL)	<i>OmvoH (seringue)</i> <i>OmvoH (stylo)</i>	Lilly Lilly	02539853 02539845
	 Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (15 mL)	<i>OmvoH</i>	Lilly	02539861
MIRIKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) 	 Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (15 mL)	<i>OmvoH</i>	Lilly	99114547
	 Trouse (Sol. Inj. S. C.)	100 mg/mL (1 mL et 2 mL)	<i>OmvoH (seringue)</i> <i>OmvoH (stylo)</i>	Lilly Lilly	02559234 02559242

56:92 MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX, DIVERS

ACIDE OBÉTICHOIQUE 	 Co.	5 mg	<i>Ocaliva</i>	Advanz	02463121
	 Co.	10 mg	<i>Ocaliva</i>	Advanz	02463148

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:92 MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX, DIVERS (suite)

LANSOPRAZOLE/ AMOXICILLINE/ CLARITHROMYCINE 	Trousse (orale solide)	30 mg-2 x 500 mg-500 mg	AA-Lansoprazole-Amoxi- cillin-Clarithromycin	AA Pharma	02470780

64:00

antagonistes des métaux lourds

64:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

64:00 ANTAGONISTES DES MÉTAUX LOURDS

DÉFÉRASIROX 	Co.	90 mg	<i>Apo-Deferasirox (Type J)</i> <i>Auro-Déferasirox (Type J)</i> <i>pms-Deferasirox (Type J)</i> <i>Sandoz Deferasirox (Type J)</i> <i>Taro-Deferasirox (Type J)</i>	Apotex AuroPharma Phmscience Sandoz Taro	02485265 02527774 02528290 02489899 02507315
	Co.	180 mg	<i>Apo-Deferasirox (Type J)</i> <i>Auro-Déferasirox (Type J)</i> <i>pms-Deferasirox (Type J)</i> <i>Sandoz Deferasirox (Type J)</i> <i>Taro-Deferasirox (Type J)</i>	Apotex AuroPharma Phmscience Sandoz Taro	02485273 02527782 02528304 02489902 02507323
	Co.	360 mg	<i>Apo-Deferasirox (Type J)</i> <i>Auro-Déferasirox (Type J)</i> <i>pms-Deferasirox (Type J)</i> <i>Sandoz Deferasirox (Type J)</i> <i>Taro-Deferasirox (Type J)</i>	Apotex AuroPharma Phmscience Sandoz Taro	02485281 02527790 02528312 02489910 02507331
	Co. Disp.	125 mg	<i>Apo-Deferasirox</i> <i>Sandoz Deferasirox</i>	Apotex Sandoz	02461544 02464454
	Co. Disp.	250 mg	<i>Apo-Deferasirox</i> <i>Sandoz Deferasirox</i>	Apotex Sandoz	02461552 02464462
	Co. Disp.	500 mg	<i>Apo-Deferasirox</i> <i>Sandoz Deferasirox</i>	Apotex Sandoz	02461560 02464470
	Pd. Inj.	500 mg	<i>Desferal</i>	Novartis	01981242
	Sol. Inj. Huil.	100 mg/mL	<i>Bal in Oil</i>	Taylor	02014807
	Caps.	250 mg	<i>Cuprimine</i>	Bausch H.	00016055
	 Caps.	250 mg	<i>Mar-Trientine</i> <i>Waymade-Trientine</i>	Marcan Waymade	02504855 02515067

68:00

hormones et substituts synthétiques

68:04	glandes surrénales
68:08	androgènes
68:12	contraceptifs
68:16	estrogènes et agon.-antagon. des estrogènes
68:16.04	estrogènes
68:16.08	anti-estrogènes
68:16.12	agonistes-antagonistes des estrogènes
68:18	gonadotrophines et antigonadotrophines
68:18.04	antigonadotrophines
68:20	agents antidiabétiques
68:20.02	inhibiteurs de l'alphaglucosidase
68:20.04	biguanides
68:20.05	inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (dpp-4)
68:20.06	mimétiques de l'incrétine
68:20.08	insulines
68:20.16	méglitinides
68:20.18	inhib. du cotransporteur sodium-glucose 2 (sglt2)
68:20.20	sulfonylurées
68:20.28	thiazolidinediones
68:20.92	agents antidiabétiques, divers

68:00

68:22	agents anti-hypoglycémiques
68:22.12	agents glycogénolytiques
68:22.92	divers anti-hypoglycémiants
68:24	agents parathyroïdiens et antiparathyroïdiens
68:24.04	agents antiparathyroïdiens
68:24.08	agents parathyroïdiens
68:28	hypophyse
68:29	agonistes et antagonistes de la somatostatine
68:29.04	agonistes de la somatostatine
68:32	progestatifs
68:36	agents thyroïdiens et anti-thyroïdiens
68:36.04	agents thyroïdiens
68:36.08	agents anti-thyroïdiens

	FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE
68:04 GLANDES SURRÉNALES					
BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 	Aéro. oral	50 mcg/dose	<i>Qvar</i>	Bausch H.	02242029
	Aéro. oral	100 mcg/dose	<i>Qvar</i>	Bausch H.	02242030
BUDÉSONIDE 	Pd. pour Inh.	100 mcg/dose	<i>Pulmicort Turbuhaler</i>	AZC	00852074
	Pd. pour Inh.	200 mcg/dose	<i>Pulmicort Turbuhaler</i>	AZC	00851752
	Pd. pour Inh.	400 mcg/dose	<i>Pulmicort Turbuhaler</i>	AZC	00851760
	Sol. pour Inh.	0,125 mg/mL (2 mL)	<i>Pulmicort nebuamp</i> <i>Taro-Budesonide</i> <i>Teva-Budesonide</i>	AZC Taro Teva Can	02229099 02494264 02465949
	Sol. pour Inh.	0,25 mg/mL (2 mL)	<i>Pulmicort nebuamp</i> <i>Taro-Budesonide</i> <i>Teva-Budesonide</i>	AZC Taro Teva Can	01978918 02494272 02535416
	Sol. pour Inh.	0,5 mg/mL (2 mL)	<i>Pulmicort nebuamp</i> <i>Taro-Budesonide</i> <i>Teva-Budesonide</i>	AZC Taro Teva Can	01978926 02494280 02465957
CICLÉSONIDE 	Aéro. oral	100 mcg/dose	<i>Alvesco</i>	Covis	02285606
	Aéro. oral	200 mcg/dose	<i>Alvesco</i>	Covis	02285614
CORTISONE (ACÉTATE DE) 	Co.	25 mg	<i>Cortisone Acétate-ICN</i>	Bausch H.	00280437
DEXAMÉTHASONE 	Co.	0,5 mg	<i>Apo-Dexaméthasone</i> <i>pms-Dexaméthasone</i>	Apotex Phmscience	02261081 01964976
	Co.	0,75 mg	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	01964968
	Co.	2 mg	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	02279363
	Co.	4 mg	<i>Apo-Dexaméthasone</i> <i>pms-Dexaméthasone</i>	Apotex Phmscience	02250055 01964070
	Elix.	0,5 mg/5 mL	<i>Odan-Dexamethasone</i> <i>Elixir</i> <i>pms-Dexaméthasone</i>	Odan Phmscience	02528584 01946897
DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 	Sol. Inj.	4 mg/mL	<i>Dexamethasone</i> <i>Dexamethasone</i> <i>Dexamethasone Omega</i>	Sandoz Sterimax Oméga	00664227 01977547 02204266
	Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Dexamethasone</i> <i>Dexamethasone Omega</i> <i>Dexamethasone Omega</i> <i>Unidose</i>	Sandoz Oméga Oméga	00874582 02204274 02387743
FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE) 	Co.	0,1 mg	<i>Florinef</i> <i>JAMP Fludrocortisone</i>	Paladin Jamp	02086026 02552248
FLUTICASONE (FUROATE DE) 	Pd. pour Inh.	100 mcg	<i>Arnuity Ellipta</i>	GSK	02446561
	Pd. pour Inh.	200 mcg	<i>Arnuity Ellipta</i>	GSK	02446588
FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 	Aéro. oral	50 mcg/dose	<i>Apo-Fluticasone HFA</i> <i>Flovent HFA</i> <i>pms-Fluticasone HFA</i>	Apotex GSK Phmscience	02528428 02244291 02503115
	Aéro. oral	125 mcg/dose	<i>Apo-Fluticasone HFA</i> <i>Flovent HFA</i> <i>pms-Fluticasone HFA</i>	Apotex GSK Phmscience	02526557 02244292 02503123

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:04 GLANDES SURRÉNALES (suite)

	Aéro. oral	250 mcg/dose	<i>Apo-Fluticasone HFA</i> <i>Flovent HFA</i> <i>pms-Fluticasone HFA</i>	Apotex GSK Phmscience	02510987 02244293 02503131
	Pd. pour Inh.	100 mcg/coque	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	02237245
	Pd. pour Inh.	250 mcg/coque	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	02237246
	Pd. pour Inh.	500 mcg/coque	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	02237247
HYDROCORTISONE 	Co.	10 mg	<i>Auro-Hydrocortisone</i> <i>Cortef</i>	AuroPharma Pfizer	02524465 00030910
	Co.	20 mg	<i>Auro-Hydrocortisone</i> <i>Cortef</i>	AuroPharma Pfizer	02524473 00030929
HYDROCORTISONE (SUCCINATE SODIQUE D') 	Pd. Inj.	1 g	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	00030635
	Pd. Inj.	100 mg	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	00030600
	Pd. Inj.	250 mg	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	00030619
	Pd. Inj.	500 mg	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	00030627
MÉTHYLPREDNISOLONE 	Co.	4 mg	<i>Medrol</i>	Pfizer	00030988
	Co.	16 mg	<i>Medrol</i>	Pfizer	00036129
MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE) 	Susp. Inj.	20 mg/mL	<i>Depo-Medrol</i>	Pfizer	01934325
	Susp. Inj.	40 mg/mL	<i>Depo-Medrol</i> <i>Depo-Medrol (sans prés-ervatif)</i>	Pfizer Pfizer	01934333 00030759
	Susp. Inj.	80 mg/mL	<i>Depo-Medrol</i>	Pfizer	00030767
MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE) 	Pd. Inj.	1 g	<i>Méthylprednisolone</i> <i>Solu-Medrol</i>	Novopharm Pfizer	02241229 02367971
	Pd. Inj.	40 mg	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	02367947
	Pd. Inj.	125 mg	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	02367955
	Pd. Inj.	500 mg	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	02367963
MOMÉTASONE (FUROATE DE) 	Pd. pour Inh.	200 mcg/dose	<i>Asmanex Twisthaler</i>	Organon	02243595
	Pd. pour Inh.	400 mcg/dose	<i>Asmanex Twisthaler</i>	Organon	02243596
PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 	Sol. Orale	5 mg/5 mL	<i>pms-Prednisolone</i>	Phmscience	02245532
PREDNISONE 	Co.	1 mg	<i>Winpred</i>	AA Pharma	00271373
	Co.	5 mg	<i>Apo-Prednisone</i> <i>Teva-Prednisone</i>	Apotex Teva Can	00312770 00021695
	Co.	50 mg	<i>Apo-Prednisone</i> <i>Teva-Prednisone</i>	Apotex Teva Can	00550957 00232378
TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 	Susp. Inj.	10 mg/mL	<i>Kenalog-10</i>	B.M.S.	01999761
	Susp. Inj.	40 mg/mL	<i>Kenalog-40</i> <i>Triamcinolone</i>	B.M.S. Sterimax	01999869 01977563

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:04 GLANDES SURRÉNALES (suite)

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE) 	 Pd. pour Inh. (App.)	25 mcg - 62,5 mcg - 100 mcg/dose	Trelegy Ellipta	GSK	02474522

68:08 ANDROGÈNES

DANAZOL 	Caps.	100 mg	Cyclomen	SanofiAven	02018152
	Caps.	200 mg	Cyclomen	SanofiAven	02018160
TESTOSTÉRONE 	Gel Top.	1% (2,5g)	AndroGel Taro-Testosterone Gel	BGP Pharma Taro	02245345 02463792
	Gel Top.	1% (5,0g)	AndroGel Taro-Testosterone Gel Testim 1%	BGP Pharma Taro Knight	02245346 02463806 02280248
TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE) 	Sol. Inj. Huil.	100 mg/mL	Taro-Testosterone Cypio- nate	Taro	02496003
TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) 	Sol. Inj. Huil.	200 mg/mL	Énanthate de testostérone injectable	Hikma	02536315
TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) 	Caps.	40 mg	Taro-Testosterone	Taro	02421186

68:12 CONTRACEPTIFS

DROSPIRÉNONE 	Co.	4 mg	Slynd (28)	Duchesnay	02522802
ESTÉTROL MONOHYDRATÉ ET DROSPIRÉNONE 	Co. (28)	15 mg - 3 mg	Nextstellis	Search Phm	02513218
ÉTHINYLESTRADIOL/ DÉSOGESTREL 	Co.	0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg	Linessa 21 Linessa 28	Aspen Aspen	02272903 02257238
	Co.	0,030 mg-0,15 mg	Apri 21 Apri 28 Freya 21 Freya 28 Marvelon 21 Marvelon 28 Miley 21 Miley 28 Mirvala 21 Mirvala 28	Teva Can Teva Can Mylan Mylan Organon Organon Ambicare Ambicare Apotex Apotex	02317192 02317206 02396491 02396610 02042487 02042479 02556553 02556561 02410249 02410257
	Co.	0,02 mg - 3 mg	Comprimés de drospiré- none et d'éthinylestradiol 28	Glenmark	02462060
			Mya 28	Apotex	02415380
			Yaz 28	Bayer	02321157
	Co.	0,03 mg - 3 mg	Comprimés de drospiré- none et d'éthinylestradiol 21	Glenmark	02421437
			Comprimés de drospiré- none et d'éthinylestradiol 28	Glenmark	02421445
			Yasmin 21	Bayer	02261723
			Yasmin 28	Bayer	02261731
			Zamine 21	Apotex	02410788
			Zamine 28	Apotex	02410796
ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL 	Anneau vag.	2,6 mg - 11,4 mg	Haloette Nuvaring	Search Phm Organon	02520028 02253186

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:12 CONTRACEPTIFS (suite)

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL 	Co.	0,020 mg-0,10 mg	<i>Alesse 21</i> <i>Alesse 28</i> <i>Alysena 21</i> <i>Alysena 28</i> <i>Audrina 21</i> <i>Audrina 28</i> <i>Aviane 21</i> <i>Aviane 28</i> <i>LAYLAA 21</i> <i>LAYLAA 28</i>	Pfizer Pfizer Apotex Apotex Jamp Jamp Teva Can Teva Can Lupin Lupin	02236974 02236975 02387875 02387883 02532174 02532182 02298538 02298546 02424282 02424290
	Co.	0,03 mg-0,05 mg-0,04 mg-0,075 mg-0,03 mg-0,125 mg	<i>Triquilar 21</i> <i>Triquilar 28</i>	Bayer Bayer	00707600 00707503
	Co.	0,03 mg-0,15 mg	<i>Min-Ovral 21</i> <i>Min-Ovral 28</i> <i>Ovima 21</i> <i>Ovima 28</i> <i>Portia 21</i> <i>Portia 28</i>	Pfizer Pfizer Apotex Apotex Teva Can Teva Can	02042320 02042339 02387085 02387093 02295946 02295954
	Co. (91)	0,03 mg-0,15 mg	<i>Indayo</i> <i>Seasonale</i>	Mylan Teva Can	02398869 02296659
ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL - ÉTHINYLESTRADIOL 	Co.	0,03 mg-0,15 mg (84 co.)/0,01 mg (7 co.)	<i>Seasonique</i>	Teva Can	02346176
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE 	Timbre cut. (3)	0,60 mg-6 mg	<i>Evra</i>	Search Phm	02248297
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE 	Co.	0,035 mg-0,5 mg	<i>Brévicon 0.5/35 (21)</i> <i>Brévicon 0.5/35 (28)</i>	Pfizer Pfizer	02187086 02187094
	Co.	0,035 mg-0,5 mg-0,035 mg-1 mg-0,035 mg-0,5 mg	<i>Synphasic 21</i> <i>Synphasic 28</i>	Pfizer Pfizer	02187108 02187116
	Co.	0,035 mg-1 mg	<i>Brévicon 1/35 (21)</i> <i>Brévicon 1/35 (28)</i> <i>Select 1/35 (21)</i>	Pfizer Pfizer Pfizer	02189054 02189062 02197502
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORGESTIMATE 	Co.	0,035 mg-0,180 mg-0,035 mg-0,215 mg-0,035 mg-0,25 mg	<i>Tri-Cira (21)</i> <i>Tri-Cira (28)</i> <i>Tri-Jordyna 21</i> <i>Tri-Jordyna 28</i>	Apotex Apotex Glenmark Glenmark	02508087 02508095 02486296 02486318
ÉTONOGESTREL 	Implant	68 mg	<i>Nexplanon</i>	Organon	02499509
LÉVONORGESTREL	Co.	1,5 mg	<i>Backup Plan Onestep</i> <i>Contingency One</i> <i>MyStep</i> <i>Plan B</i>	Apotex Mylan Jamp Paladin	02433532 02425009 02548461 02293854
LÉVONORGESTREL 	Sys. Intra-Utér.	19,5 mg	<i>Kyleena</i>	Bayer	02459523
	Sys. Intra-Utér.	52 mg	<i>Mirena</i>	Bayer	02243005
NORÉTHINDRONE 	Co. (28)	0,35 mg	<i>Jencycla</i> <i>Maeve</i> <i>Movisse</i>	Lupin Glenmark Mylan	02441306 02458683 02410303
ULIPRISTAL (ACÉTATE D') 	Co.	30 mg	<i>Ella</i>	AbbVie	02436329

68:16.04 ESTROGÈNES

ESTRADIOL-17B 	Anneau vag.	2 mg	<i>Estring</i>	Paladin	02168898
	Co.	0,5 mg	<i>Lupin-Estradiol</i> <i>pms-ESTRADIOL</i>	Lupin Phmscience	02449048 02225190

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:16.04 ESTROGÈNES (suite)

	Co.	1 mg	<i>Lupin-Estradiol pms-ESTRADIOL</i>	Lupin Phmscience	02449056 02148587
	Co.	2 mg	<i>Lupin-Estradiol pms-ESTRADIOL</i>	Lupin Phmscience	02449064 02148595
	Co. Vag.	4 mcg	<i>Imvexxy</i>	Knight	02503689
	Co. Vag.	10 mcg	<i>Imvexxy</i>	Knight	02503697
	Co. Vag. (App.)	10 mcg	<i>Vagifem 10</i>	N.Nordisk	02325462
	Gel Top.	0,06 %	<i>Estrogel</i>	Organon	02238704
☞	Timbre cut.	0,025 mg/24 h	<i>Estradot Oesclim 25</i>	Sandoz Search Phm	02245676 02243722
☞	Timbre cut.	0,025 mg/24 hres	<i>Climara-25</i>	Bayer	02247499
☞	Timbre cut.	0,0375 mg/24 h	<i>Estradot</i>	Sandoz	02243999
☞	Timbre cut.	0,05 mg/24 h	<i>Estradot Oesclim 50 Sandoz Estradiol Derm 50</i>	Sandoz Search Phm Sandoz	02244000 02243724 02246967
☞	Timbre cut.	0,05 mg/24 hres	<i>Climara -50</i>	Bayer	02231509
☞	Timbre cut.	0,075 mg/24 h	<i>Estradot Sandoz Estradiol Derm 75</i>	Sandoz Sandoz	02244001 02246968
☞	Timbre cut.	0,075 mg/24 hres	<i>Climara-75</i>	Bayer	02247500
☞	Timbre cut.	0,1 mg/24 h	<i>Estradot Sandoz Estradiol Derm 100</i>	Sandoz Sandoz	02244002 02246969
ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	☞ Timbre cut.	0,05 mg -0,14 mg/24 h	<i>Estalis 140/50</i>	Sandoz	02241835
	☞ Timbre cut.	0,05 mg -0,25 mg/24 h	<i>Estalis 250/50</i>	Sandoz	02241837
ESTRADIOL-17B/ PROGESTÉRONE MICRONISÉE	Caps.	1 mg -100 mg	<i>Bijuva</i>	Knight	02505223
ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES	Cr. Vag.	0,625 mg/g	<i>Premarin</i>	Pfizer	02043440
	Pd. Inj. I.V.	25 mg	<i>Premarin</i>	Pfizer	02043386
ESTRONE	Cr. Vag.	1 mg/g	<i>Estragyn crème vaginale</i>	Search Phm	00727369

68:16.08 ANTI-ESTROGÈNES

ANASTROZOLE	Co.	1 mg	<i>AG-Anastrozole</i>	Angita	02534118
			<i>AG-Anastrozole Tablets</i>	Angita	02553686
			<i>Anastrozole</i>	Accord	02351218
			<i>Anastrozole</i>	Sanis	02442736
			<i>Anastrozole</i>	Sivem	02529904
			<i>Apo-Anastrozole</i>	Apotex	02374420
			<i>Arimidex</i>	AZC	02224135
			<i>JAMP Anastrozole Tab- lets</i>	Jamp	02540584
			<i>Jamp-Anastrozole</i>	Jamp	02339080
			<i>Mar-Anastrozole</i>	Marcan	02379562
			<i>Mint-Anastrozole</i>	Mint	02393573
			<i>Nat-Anastrozole</i>	Natco	02417855
			<i>pms-Anastrozole</i>	Phmscience	02320738
			<i>Riva-Anastrozole</i>	Riva	02392259
			<i>Sandoz Anastrozole</i>	Sandoz	02338467
			<i>Taro-Anastrozole</i>	Taro	02365650
			<i>Teva-Anastrozole</i>	Teva Can	02394898

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:16.08 ANTI-ESTROGÈNES (suite)

EXÉMESTANE 	Co.	25 mg	ACT Exemestane Aromasin Med-Exemestane	Teva Can Pfizer GMP	02390183 02242705 02407841
LÉTROZOLE 	Co.	2,5 mg	AG-Letrozole	Angita	02374439
			AG-Letrozole	Angita	02543419
			Apo-Letrozole	Apotex	02358514
			Femara	Novartis	02231384
			Jamp-Letrozole	Jamp	02373009
			Jamp-Letrozole	Jamp	02541912
			Letrozole	Accord	02338459
			Letrozole	Sanis	02504472
			Letrozole	Sivem	02524244
			Mint-Letrozole	Mint	02508109
			M-Letrozole	Mantra Ph.	02549972
			Nat-Letrozole	Natco	02421585
			NRA-Letrozole	Nora	02520486
			pms-Letrozole	Phmscience	02309114
			Riva-Letrozole	Riva	02398656
			Sandoz Letrozole	Sandoz	02344815
			Teva-Letrozole	Teva Can	02343657

68:16.12 AGONISTES-ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES

RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	60 mg	ACT Raloxifene Apo-Raloxifene JAMP Raloxifene	Teva Can Apotex Jamp	02358840 02279215 02540681
TAMOXIFÈNE (CITRATE DE) 	Co.	10 mg	Apo-Tamox Teva-Tamoxifen	Apotex Teva Can	00812404 00851965
	Co.	20 mg	Apo-Tamox Teva-Tamoxifen	Apotex Teva Can	00812390 00851973

68:18 GONADOTROPHINES ET ANTIGONADOTROPHINES

BUSERELINE (ACÉTATE DE) 	Implant	6,3 mg	Suprefact Dépôt	Cheplaphar	02228955
	Implant	9,45 mg	Suprefact Dépôt 3 mois	Cheplaphar	02240749
	Sol. Inj. S.C.	1 mg/mL	Suprefact	Cheplaphar	02225166
CHORIOGONADOTROPINE ALPHA 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	250 mcg	Ovidrel	Serono	02262088
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	250 mcg/0,5 mL	Ovidrel	Serono	02371588
FOLLITROPINE ALPHA 	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	300 UI	Gonal-f	Serono	02270404
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	450 UI	Gonal-f	Serono	02270390
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	900 UI	Gonal-f	Serono	02270382
FOLLITROPINE BÊTA 	 Cartouche	300 UI	Puregon	Organon	02243948
	 Cartouche	600 UI	Puregon	Organon	99100718
	 Cartouche	900 UI	Puregon	Organon	99100637
FOLLITROPINE DELTA 	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	12 mcg/0,36 mL	Rekovelle	Ferring	02487462
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	36 mcg/1,08 mL	Rekovelle	Ferring	02487470
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	72 mcg/2,16 mL	Rekovelle	Ferring	02487489

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:18 GONADOTROPHINES ET ANTIGONADOTROPHINES (suite)

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE		Pd. Inj.	10 000 U	Gonadotrophine Chorionique Pregnyl	Fresenius	02247459
					Organon	02182904
GONADOTROPHINES		Pd. Inj.	75 UI	Menopur	Ferring	02283093
GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)		Implant	3,6 mg	Zoladex	TerSera	02049325
		Implant	10,8 mg	Zoladex LA	TerSera	02225905
LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)		Trousse	3,75 mg	Lupron Depot	AbbVie	00884502
		Trousse	7,5 mg	Eligard Lupron Depot	Tolmar AbbVie	02248239 00836273
		Trousse	11,25 mg	Lupron Depot	AbbVie	02239834
		Trousse	22,5 mg	Eligard Lupron Depot	Tolmar AbbVie	02248240 02230248
		Trousse	30 mg	Eligard Lupron Depot	Tolmar AbbVie	02248999 02239833
		Trousse	45 mg	Eligard	Tolmar	02268892
NAFARELINE (ACÉTATE DE)		Vap. nasal	2 mg/mL	Synarel	Pfizer	02188783

68:18.04 ANTIGONADOTROPHINES

CÉTRORÉLIX		Pd. Inj. S.C.	0,25 mg	Cetrotide	Serono	02247766
DEGARELIX (ACÉTATE DE)		Sol. Inj. S.C.	80 mg	Firmagon	Ferring	02337029
		Sol. Inj. S.C.	120 mg	Firmagon	Ferring	02337037
GANIRELIX		Sol. Inj. S.C. (ser)	250 mcg/0,5 mL	Orgalutran	Organon	02245641
RÉLUGOLIX		Co.	120 mg	Orgovyx	Sumitomo	02542137
RÉLUGOLIX/ESTRADIOL/NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)		Co.	40 mg - 1 mg - 0,5 mg	Myfembree	Knight	02541742

68:20.02 INHIBITEURS DE L'ALPHA GLUCOSIDASE

ACARBOSE		Co.	50 mg	Acarbose Mar-Acarbose	Strides Marcan	02493780 02494078
		Co.	100 mg	Acarbose Mar-Acarbose	Strides Marcan	02493799 02494086

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.04 BIGUANIDES

METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.	500 mg	AG-Metformin	Angita	02494418
		Auro-Metformin	AuroPharma	02438275
		Glucophage	SanofiAven	02099233
		Jamp Metformin	Jamp	02380196
		Mar-Metformin	Marcan	02378620
		Metformin	Sanis	02353377
		Metformin FC	Sivem	02385341
		Mint-Metformin	Mint	02388766
		M-Metformin	Mantra Ph.	02547767
		NRA-Metformin	Nora	02536439
		pmsc-Metformin	Phmscience	02520303
		pms-Metformin	Phmscience	02223562
		PRZ-Metformin	Pharmaris	02531895
		Ran-Metformin	Ranbaxy	02269031
		Riva-Metformin	Riva	02239081
		Sandoz Metformin FC	Sandoz	02246820
		Teva-Metformin	Teva Can	02257726
Co.	850 mg	AG-Metformin	Angita	02494442
		Auro-Metformin	AuroPharma	02438283
		Glucophage	SanofiAven	02162849
		Jamp Metformin	Jamp	02380218
		Mar-Metformin	Marcan	02378639
		Metformin	Sanis	02353385
		Metformin FC	Sivem	02385368
		Mint-Metformin	Mint	02388774
		M-Metformin	Mantra Ph.	02547775
		NRA-Metformin	Nora	02536447
		pmsc-Metformin	Phmscience	02520311
		PRZ-Metformin	Pharmaris	02531909
		Ran-Metformin	Ranbaxy	02269058
		Riva-Metformin	Riva	02242783
		Sandoz Metformin FC	Sandoz	02246821
		Teva-Metformin	Teva Can	02257734
Co.	1000 mg	M-Metformin	Mantra Ph.	02548275
		PRZ-Metformin	Pharmaris	02534673

SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

 Co.	50 mg -500 mg	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	02557711
		Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	02509415
		Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	02435772
		Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	AuroPharma	02547805
		JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	02556189
		Janumet	Merck	02333856
		Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	02540118
		Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	02503956
		Sitagliptin/Metformin	Sanis	02560445
		Sitagliptin-Metformin	Sivem	02529157
		Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	02520494

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.04 BIGUANIDES (suite)

Co.	50 mg -850 mg	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	02557738
		Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	02509423
		Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	02435780
		Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	AuroPharma	02547813
		JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	02556197
		Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	02540126
		Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	02503964
		Sitagliptin/Metformin	Sanis	02560453
		Sitagliptin-Metformin	Sivem	02529165
		Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	02520508
Co.	50 mg -1000 mg	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	02557746
		Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	02509431
		Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	02435799
		Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	AuroPharma	02547821
		JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	02556200
		Janumet	Merck	02333872
		Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	02540134
		Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	02503972
		Sitagliptin/Metformin	Sanis	02560461
		Sitagliptin-Metformin	Sivem	02529173
Co. L.A.	50 mg -500 mg	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	02506270
		Janumet XR	Merck	02416786
		Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	Sandoz	02529106
Co. L.A.	50 mg -1000 mg	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	02506289
		Janumet XR	Merck	02416794
		Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	Sandoz	02529114
Co. L.A.	100 mg-1000 mg	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	02506297
		Janumet XR	Merck	02416808
		Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	Sandoz	02529122

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4)

ALOGLIPTINE (BENZOATE D') 	Co.	6,25 mg	Nesina	Takeda	02417189
	Co.	12,5 mg	Nesina	Takeda	02417197
	Co.	25 mg	Nesina	Takeda	02417200
LINAGLIPTINE 	Co.	5 mg	Trajenta	Bo. Ing.	02370921
SAXAGLIPTINE 	Co.	2,5 mg	Apo-Saxagliptin	Apotex	02507471
			Onglyza	AZC	02375842
			Sandoz Saxagliptin	Sandoz	02468603

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) (suite)

	Co.	5 mg	<i>Apo-Saxagliptin</i> <i>Onglyza</i> <i>Sandoz Saxagliptin</i>	Apotex AZC Sandoz	02507498 02333554 02468611
SITAGLIPTINE 	Co.	25 mg	<i>ACH-Sitagliptin</i> <i>AG-Sitagliptin</i> <i>Apo-Sitagliptin</i> <i>Apo-Sitagliptin Malate</i> <i>Auro-Sitagliptin</i> <i>Jamp Sitagliptin</i> <i>Januvia</i> <i>Mint-Sitagliptin</i> <i>NAT-Sitagliptin</i> <i>pms-Sitagliptin</i> <i>PRZ-Sitagliptin</i> <i>Sandoz Sitagliptin</i> <i>Sitagliptin</i> <i>Sitagliptin</i> <i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i> <i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Accord Angita Apotex Apotex AuroPharma Jamp Merck Mint Natco Phmscience Pharmaris Sandoz Sanis Sivem Taro Teva Can	02512475 02535513 02428261 02508656 02529866 02534134 02388839 02553910 02558157 02503840 02545837 02504049 02548550 02529033 02531631 02522705
	Co.	50 mg	<i>ACH-Sitagliptin</i> <i>AG-Sitagliptin</i> <i>Apo-Sitagliptin</i> <i>Apo-Sitagliptin Malate</i> <i>Auro-Sitagliptin</i> <i>Jamp Sitagliptin</i> <i>Januvia</i> <i>Mint-Sitagliptin</i> <i>NAT-Sitagliptin</i> <i>pms-Sitagliptin</i> <i>PRZ-Sitagliptin</i> <i>Sandoz Sitagliptin</i> <i>Sitagliptin</i> <i>Sitagliptin</i> <i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i> <i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Accord Angita Apotex Apotex AuroPharma Jamp Merck Mint Natco Phmscience Pharmaris Sandoz Sanis Sivem Taro Teva Can	02512483 02535521 02428288 02508664 02529874 02534142 02388847 02553929 02558165 02503859 02545845 02504057 02548569 02529041 02531658 02522713
	Co.	100 mg	<i>ACH-Sitagliptin</i> <i>AG-Sitagliptin</i> <i>Apo-Sitagliptin</i> <i>Apo-Sitagliptin Malate</i> <i>Auro-Sitagliptin</i> <i>Jamp Sitagliptin</i> <i>Januvia</i> <i>Mint-Sitagliptin</i> <i>NAT-Sitagliptin</i> <i>pms-Sitagliptin</i> <i>PRZ-Sitagliptin</i> <i>Sandoz Sitagliptin</i> <i>Sitagliptin</i> <i>Sitagliptin</i> <i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i> <i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Accord Angita Apotex Apotex AuroPharma Jamp Merck Mint Natco Phmscience Pharmaris Sandoz Sanis Sivem Taro Teva Can	02512491 02535548 02428296 02508672 02529882 02534150 02303922 02553937 02543400 02503867 02545853 02504065 02548577 02529068 02531666 02522721

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) (suite)

SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	50 mg -500 mg	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	02557711
			Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	02509415
			Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	02435772
			Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	AuroPharma	02547805
			JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	02556189
			Janumet	Merck	02333856
			Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	02540118
			Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	02503956
			Sitagliptin/Metformin	Sanis	02560445
			Sitagliptin-Metformin	Sivem	02529157
			Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	02520494
 Co.	50 mg -850 mg	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	02557738	
		Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	02509423	
		Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	02435780	
		Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	AuroPharma	02547813	
		JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	02556197	
		Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	02540126	
		Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	02503964	
		Sitagliptin/Metformin	Sanis	02560453	
		Sitagliptin-Metformin	Sivem	02529165	
		Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	02520508	
 Co.	50 mg -1000 mg	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	02557746	
		Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	02509431	
		Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	02435799	
		Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	AuroPharma	02547821	
		JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	02556200	
		Janumet	Merck	02333872	
		Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	02540134	
		Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	02503972	
		Sitagliptin/Metformin	Sanis	02560461	
		Sitagliptin-Metformin	Sivem	02529173	
		Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	02520516	
 Co. L.A.	50 mg -500 mg	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	02506270	
		Janumet XR	Merck	02416786	
		Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	Sandoz	02529106	
 Co. L.A.	50 mg -1000 mg	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	02506289	
		Janumet XR	Merck	02416794	
		Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	Sandoz	02529114	

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.05 INHIBITEURS DE LA DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) (suite)

Co. L.A.	100 mg-1000 mg	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	02506297
		Janumet XR	Merck	02416808
		Sandoz Sitagliptin-Metformin XR	Sandoz	02529122

68:20.06 MIMÉTIQUES DE L'INCRÉTINE

DULAGLUTIDE 	Co. Sol. Inj. S.C.	0,75 mg/0,5 mL	Trulicity	Lilly	02448599
	Co. Sol. Inj. S.C.	1,5 mg/0,5 mL	Trulicity	Lilly	02448602
LIRAGLUTIDE 	Co. Sol. Inj. S.C.	6 mg/mL (3 mL)	Victoza	N.Nordisk	02351064
SÉMAGLUTIDE 	Co.	3 mg	Rybelsus	N.Nordisk	02497581
	Co.	7 mg	Rybelsus	N.Nordisk	02497603
	Co.	14 mg	Rybelsus	N.Nordisk	02497611
	Co. Sol. Inj. S.C.	1,34 mg/mL (1,5 mL)	Ozempic	N.Nordisk	02471477
	Co. Sol. Inj. S.C.	1,34 mg/mL (3 mL)	Ozempic	N.Nordisk	02471469
	Co. Sol. Inj. S.C. (stylo)	0,68 mg/mL (3 mL)	Ozempic	N.Nordisk	02540258
SÉMAGLUTIDE (GÉNÉRIQUE) 	Co. Sol. Inj. S.C.	1,34 mg/mL (1,5 mL)	Sémaglutide	Dr Reddy's	02567806
	Co. Sol. Inj. S.C.	1,34 mg/mL (3 mL)	Apo-Semaglutide Injection Sémaglutide	Apotex Dr Reddy's	02568012 02567814
	Co. Sol. Inj. S.C. (stylo)	0,68 mg/mL (3 mL)	Apo-Semaglutide Injection	Apotex	02568020

68:20.08 INSULINES

INSULINE ASPARTE	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Kirsty Trurapi Trurapi SoloSTAR	Biocon SanofiAven SanofiAven	02520974 02506564 02506572
	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (10 mL)	Trurapi	SanofiAven	02529254
INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE	Co. Susp. Inj. S.C.	30 % - 70 % (3 mL)	NovoMix30	N.Nordisk	02265435
INSULINE DÉGLUDEC	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Tresiba FlexTouch Tresiba Penfill	N.Nordisk N.Nordisk	02467879 02467860
	Sol. Inj. S.C.	200 U/mL (3 mL)	Tresiba FlexTouch	N.Nordisk	02467887
INSULINE DÉTÉMIR	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Levemir FlexTouch Levemir Penfill	N.Nordisk N.Nordisk	02412829 02271842
INSULINE GLARGINE	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL	Lantus	SanofiAven	02245689
	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Basaglar Basaglar KwikPen (80 U) Semglee (stylo)	Lilly Lilly Biocon	02444844 02461528 02526441
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	300 U/mL (1,5 mL)	Toujeo SoloStar	SanofiAven	02441829
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	300 U/mL (3 mL)	Toujeo DoubleStar	SanofiAven	02493373
INSULINE GLULISINE	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL	Apidra	SanofiAven	02279460
	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	Apidra Apidra Solostar	SanofiAven SanofiAven	02279479 02294346

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.08 INSULINES (suite)

INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE	Susp. Inj. S.C.	100 U/mL	<i>Humulin N</i> <i>Novolin ge NPH</i>	Lilly N.Nordisk	00587737 02024225
	Susp. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	<i>Humulin N</i> <i>Humulin N KwikPen</i> <i>Novolin ge NPH Penfill</i>	Lilly Lilly N.Nordisk	01959239 02403447 02024268
INSULINE LISPRO	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL	<i>Admelog</i>	SanofiAven	02469901
	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	<i>Admelog</i> <i>Admelog SoloSTAR</i>	SanofiAven SanofiAven	02469898 02469871
	Sol. Inj. S.C.	200 U/mL (3 mL)	<i>Humalog KwikPen</i>	Lilly	02439611
INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE	Ⓢ Susp. Inj. S.C.	25 % - 75 % (3 mL)	<i>Humalog Mix 25</i> <i>Humalog Mix 25 KwikPen</i>	Lilly Lilly	02240294 02403420
INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO- SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL	<i>Humulin R</i> <i>Novolin ge Toronto</i>	Lilly N.Nordisk	00586714 02024233
	Sol. Inj. S.C.	100 U/mL (3 mL)	<i>Humulin R</i> <i>Humulin R KwikPen</i> <i>Novolin ge Toronto Penfill</i>	Lilly Lilly N.Nordisk	01959220 02415089 02024284
	Sol. Inj. S.C.	500 U/mL (3 mL)	<i>Entuzity KwikPen</i>	Lilly	02466864
INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE	Susp. Inj. S.C.	30 U - 70 U/mL	<i>Humulin 30/70</i> <i>Novolin ge 30/70</i>	Lilly N.Nordisk	00795879 02024217
	Susp. Inj. S.C.	30 U - 70 U/mL (3 mL)	<i>Humulin 30/70</i> <i>Novolin ge 30/70 Penfill</i>	Lilly N.Nordisk	01959212 02025248

68:20.16 MÉGLITINIDES

RÉPAGLINIDE 	Co.	0,5 mg	<i>Auro-Repaglinide</i> <i>GlucNorm</i> <i>Jamp Repaglinide</i> <i>Sandoz Repaglinide</i>	AuroPharma N.Nordisk Jamp Sandoz	02424258 02239924 02354926 02357453
	Co.	1 mg	<i>Auro-Repaglinide</i> <i>GlucNorm</i> <i>Jamp Repaglinide</i> <i>Sandoz Repaglinide</i>	AuroPharma N.Nordisk Jamp Sandoz	02424266 02239925 02354934 02357461
	Co.	2 mg	<i>Auro-Repaglinide</i> <i>GlucNorm</i> <i>Jamp Repaglinide</i> <i>Sandoz Repaglinide</i>	AuroPharma N.Nordisk Jamp Sandoz	02424274 02239926 02354942 02357488

68:20.18 INHIB. DU COTRANSPORTEUR SODIUM-GLUCOSE 2 (SGLT2)

CANAGLIFLOZINE 	Ⓢ Co.	100 mg	<i>Auro-Canagliflozin</i> <i>Invokana</i> <i>JAMP Canagliflozin</i>	AuroPharma Janss. Inc Jamp	02510367 02425483 02543486
	Ⓢ Co.	300 mg	<i>Auro-Canagliflozin</i> <i>Invokana</i> <i>JAMP Canagliflozin</i>	AuroPharma Janss. Inc Jamp	02510375 02425491 02543494

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.18 INHIB. DU COTRANSPORTEUR SODIUM-GLUCOSE 2 (SGLT2) (suite)

DAPAGLIFLOZINE 	 Co.	5 mg	AG-Dapagliflozin	Angita	02533049
			Apo-Dapagliflozin	Apotex	02527189
			Auro-Dapagliflozin	AuroPharma	02531402
			Forxiga	AZC	02435462
			GLN-Dapagliflozin	Glenmark	02519852
			JAMP Dapagliflozin	Jamp	02531364
			M-Dapagliflozin	Mantra Ph.	02535297
			NRA-Dapagliflozin	Nora	02538334
			pms-Dapagliflozin	Phmscience	02531550
			Riva-Dapagliflozin	Riva	02528975
			Sandoz Dapagliflozin	Sandoz	02518732
			AG-Dapagliflozin	Angita	02533057
			Apo-Dapagliflozin	Apotex	02527197
			Auro-Dapagliflozin	AuroPharma	02531410
			Forxiga	AZC	02435470
			GLN-Dapagliflozin	Glenmark	02519860
			JAMP Dapagliflozin	Jamp	02531372
			M-Dapagliflozin	Mantra Ph.	02535300
			NRA-Dapagliflozin	Nora	02538342
			pms-Dapagliflozin	Phmscience	02531569
			Riva-Dapagliflozin	Riva	02528983
			Sandoz Dapagliflozin	Sandoz	02518740
DAPAGLIFLOZINE (INSUFFISANCE CARDIAQUE, FRACTION D'ÉJECTION >40%) 	 Co.	5 mg	AG-Dapagliflozin	Angita	99114560
			Apo-Dapagliflozin	Apotex	99114539
			JAMP Dapagliflozin	Jamp	99114562
			M-Dapagliflozin	Mantra Ph.	99114564
			NRA-Dapagliflozin	Nora	99114577
			pms-Dapagliflozin	Phmscience	99114543
			Riva-Dapagliflozin	Riva	99114570
			Sandoz Dapagliflozin	Sandoz	99114568
			AG-Dapagliflozin	Angita	99114561
			Apo-Dapagliflozin	Apotex	99114540
			JAMP Dapagliflozin	Jamp	99114563
			M-Dapagliflozin	Mantra Ph.	99114565
			NRA-Dapagliflozin	Nora	99114576
			pms-Dapagliflozin	Phmscience	99114541
			Riva-Dapagliflozin	Riva	99114569
			Sandoz Dapagliflozin	Sandoz	99114567
EMPAGLIFLOZINE 	 Co.	10 mg	Jardiance	Bo. Ing.	02443937
		25 mg	Jardiance	Bo. Ing.	02443945

68:20.20 SULFONYLURÉES

GLICLAZIDE 	Co.	80 mg	Apo-Gliclazide	Apotex	02245247
			Gliclazide	Sanis	02287072
			Teva-Gliclazide	Teva Can	02238103
	Co. L.A.	30 mg	AG-Gliclazide MR	Angita	02483300
			Apo-Gliclazide MR	Apotex	02297795
			Diamicron MR	Servier	02242987
			Gliclazide MR	Sanis	02524856
			JAMP Gliclazide-MR	Jamp	02429764
			Mint-Gliclazide MR	Mint	02423286
			Mylan-Gliclazide MR	Mylan	02438658
			Sandoz Gliclazide MR	Sandoz	02461323
			Taro-Gliclazide MR	Sun Pharma	02463571
	Co. L.A.	60 mg	AG-Gliclazide MR	Angita	02483319
			Apo-Gliclazide MR	Apotex	02407124
			Diamicron MR	Servier	02356422
			Gliclazide MR	Sanis	02524864
			JAMP Gliclazide-MR	Jamp	02429772
			Mint-Gliclazide MR	Mint	02423294
			Sandoz Gliclazide MR	Sandoz	02461331
			Taro-Gliclazide MR	Sun Pharma	02439328

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.20 SULFONYLURÉES (suite)

GLIMÉPIRIDE 	 Co.	1 mg	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	02269589
	 Co.	2 mg	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	02269597
	 Co.	4 mg	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	02269619
GLYBURIDE 	Co.	2,5 mg	<i>Apo-Glyburide</i> <i>Teva-Glyburide</i>	Apotex Teva Can	01913654 01913670
	Co.	5 mg	<i>Apo-Glyburide</i> <i>Glyburide</i> <i>Teva-Glyburide</i>	Apotex Sanis Teva Can	01913662 02350467 01913689

68:20.28 THIAZOLIDINEDIONES

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	15 mg	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	02302942
			<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	02397307
			<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	02326477
			<i>Pioglitazone</i>	Accord	02391600
			<i>Teva-Pioglitazone</i>	Teva Can	02302861
	 Co.	30 mg	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	02302950
			<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	02365529
			<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	02326485
			<i>Pioglitazone</i>	Accord	02339587
	 Co.	45 mg	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	02302977
			<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	02365537
			<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	02326493
			<i>Pioglitazone</i>	Accord	02339595
			<i>Teva-Pioglitazone</i>	Teva Can	02302896
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE) 	 Co.	2 mg	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	02403366
	 Co.	4 mg	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	02403374
	 Co.	8 mg	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	02403382

68:20.92 AGENTS ANTIDIABÉTIQUES, DIVERS

ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	12,5 mg - 500 mg	<i>Kazano</i>	Takeda	02417219
	 Co.	12,5 mg - 850 mg	<i>Kazano</i>	Takeda	02417227
	 Co.	12,5 mg - 1000 mg	<i>Kazano</i>	Takeda	02417235
DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	5 mg - 850 mg	<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin</i>	Apotex	02536153
			<i>Auro-Dapagliflozin/Metformin</i>	AuroPharma	02533073
			<i>Xigduo</i>	AZC	02449935
	 Co.	5 mg - 1000 mg	<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin</i>	Apotex	02536161
			<i>Auro-Dapagliflozin/Metformin</i>	AuroPharma	02533081
			<i>Xigduo</i>	AZC	02449943
EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	5 mg - 500 mg	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	02456575
	 Co.	5 mg - 850 mg	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	02456583
	 Co.	5 mg - 1000 mg	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	02456591
	 Co.	12,5 mg - 500 mg	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	02456605
	 Co.	12,5 mg - 850 mg	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	02456613

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:20.92 AGENTS ANTIDIABÉTIQUES, DIVERS (suite)

	Co.	12,5 mg - 1000 mg	Synjardy	Bo. Ing.	02456621
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	2,5 mg - 500 mg	Jentadueto	Bo. Ing.	02403250
	Co.	2,5 mg - 850 mg	Jentadueto	Bo. Ing.	02403269
	Co.	2,5 mg - 1000 mg	Jentadueto	Bo. Ing.	02403277

68:22.12 AGENTS GLYCOGÉNOLYTIQUES

GLUCAGON 	Pd. Nasale	3 mg	Baqsimi	Amphastar	02492415

68:22.92 DIVERS ANTI-HYPOGLYCÉMIANTS

DIAZOXIDE 	Caps.	100 mg	Proglycem	Merck	00503347

68:24 AGENTS PARATHYROÏDIENS ET ANTIPARATHYROÏDIENS

CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE) 	Sol. Inj.	200 U/mL	Calcimar Solution	SanofiAven	01926691

68:24.04 AGENTS ANTIPARATHYROÏDIENS

CINACALCET (CHLORHYDRATE DE) 	Co.	30 mg	Apo-Cinacalcet Auro-Cinacalcet Cinacalcet Jamp Cinacalcet Mar-Cinacalcet M-Cinacalcet Mylan-Cinacalcet pms-Cinacalcet Teva-Cinacalcet	Apotex AuroPharma Sanis Jamp Marcan Mantra Ph. Mylan Phmscience Teva Can	02452693 02478900 02524880 02500094 02480298 02481987 02434539 02517604 02441624
	Co.	60 mg	Apo-Cinacalcet Auro-Cinacalcet Jamp Cinacalcet Mar-Cinacalcet M-Cinacalcet Mylan-Cinacalcet pms-Cinacalcet Teva-Cinacalcet	Apotex AuroPharma Jamp Marcan Mantra Ph. Mylan Phmscience Teva Can	02452707 02478919 02500108 02480301 02481995 02434547 02517612 02441632
	Co.	90 mg	Apo-Cinacalcet Auro-Cinacalcet Jamp Cinacalcet Mar-Cinacalcet M-Cinacalcet Mylan-Cinacalcet pms-Cinacalcet Teva-Cinacalcet	Apotex AuroPharma Jamp Marcan Mantra Ph. Mylan Phmscience Teva Can	02452715 02478943 02500116 02480328 02482002 02434555 02517620 02441640

68:24.08 AGENTS PARATHYROÏDIENS

TÉRIPARATIDE 	Sol. Inj. S.C.	250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)	Apo-Tériparatide injectable Teva-Teriparatide injectable	Apotex Teva Can	02498804 02486423
TÉRIPARATIDE (BIOSIMILAIRE) 	Sol. Inj. S.C.	250 mcg/mL (2,4 mL)	Osnuvo	Avir	02495589

68:28 HYPOPHYSE

COSYNTROPHINE 	Pd. Inj.	0,25 mg	Cortrosyn	Amphastar	00022381

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:28 HYPOPHYSE (suite)

DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)

Co.	0,1 mg	<i>Desmopressin pms-Desmopressin</i>	Apotex Phmscience	02284030 02304368
Co.	0,2 mg	<i>Desmopressin pms-Desmopressin</i>	Apotex Phmscience	02284049 02304376
Co. Diss. Orale	0,06 mg	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	02284995
Co. Diss. Orale	0,12 mg	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	02285002
Sol. Inj.	4 mcg/mL (1mL)	<i>Bipazen DDAVP</i>	KVR Ferring	02513579 00873993
Vap. nasal	10 mcg/dose	<i>Desmopressin</i>	AA Pharma	02242465

SOMATOTROPHINE

 Cartouche	5 mg	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	02325063
 Cartouche	6 mg	<i>Saizen</i>	Serono	02350122
 Cartouche	10 mg	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	02325071
 Cartouche	12 mg	<i>Saizen</i>	Serono	02350130
 Cartouche	15 mg	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	02459647
 Cartouche	20 mg	<i>Saizen</i>	Serono	02350149
 Pd. Inj.	5 mg	<i>Saizen</i>	Serono	02237971
 Sol. Inj. S.C. (ser)	0,6 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401762
 Sol. Inj. S.C. (ser)	0,8 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401770
 Sol. Inj. S.C. (ser)	1 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401789
 Sol. Inj. S.C. (ser)	1,2 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401797
 Sol. Inj. S.C. (ser)	1,4 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401800
 Sol. Inj. S.C. (ser)	1,6 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401819
 Sol. Inj. S.C. (ser)	1,8 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401827
 Sol. Inj. S.C. (ser)	2 mg	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	02401835
 Sty	5,3 mg	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	02401703
 Sty	12 mg	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	02401711

SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER

 Sol. Inj. S.C. (stylo)	5 mg/1,5 mL	<i>Norditropin FlexPro Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk N.Nordisk	02529181 02334852
 Sol. Inj. S.C. (stylo)	10 mg/1,5 mL	<i>Norditropin FlexPro Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk N.Nordisk	02529203 02334860
 Sol. Inj. S.C. (stylo)	15 mg/1,5 mL	<i>Norditropin FlexPro Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk N.Nordisk	02529211 02334879

SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE

 Cartouche	6 mg	<i>Saizen</i>	Serono	99101243
 Cartouche	12 mg	<i>Saizen</i>	Serono	99101245
 Cartouche	20 mg	<i>Saizen</i>	Serono	99101246
 Pd. Inj.	5 mg	<i>Saizen</i>	Serono	99101244

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:28 HYPOPHYSE (suite)

VASOPRESSINE	Sol. Inj.	20 U/mL	<i>Vasopressine Injection</i>	Sandoz	02247938
	Sol. Inj.	20 U/mL (1mL)	<i>Vasopressine</i>	Fresenius	02139502

68:29.04 AGONISTES DE LA SOMATOSTATINE

LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE)	Sol. Inj. S.C. (ser)	60 mg/0,3 mL	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	02283395
	Sol. Inj. S.C. (ser)	90 mg/0,3 mL	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	02283409
	Sol. Inj. S.C. (ser)	120 mg/0,5 mL	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	02283417
OCTRÉOTIDE (ACÉTATE D')	Sol. Inj.	50 mcg/mL	<i>Octréotide Acétate Omé-ga</i>	Oméga	02248639
			<i>Sandostatin</i>	Novartis	00839191
	Sol. Inj.	100 mcg/mL	<i>Octréotide Acétate Omé-ga</i>	Oméga	02248640
			<i>Octréotide Injection Sandostatin</i>	Sterimax Novartis	02560240 00839205
	Sol. Inj.	200 mcg/mL	<i>Octréotide Acétate Omé-ga</i>	Oméga	02248642
			<i>Octréotide Injection</i>	Sterimax	02560283
	Sol. Inj.	500 mcg/mL	<i>Octréotide Acétate Omé-ga</i>	Oméga	02248641
			<i>Octréotide Injection</i>	Sterimax	02560291
	Susp. Inj. I.M.	10 mg	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	02503751
			<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	02239323
	Susp. Inj. I.M.	20 mg	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	02503778
			<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	02239324
	Susp. Inj. I.M.	30 mg	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	02503786
			<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	02239325

68:32 PROGESTATIFS

DIÉNOGEST	Co.	2 mg	<i>Aspen-Dienogest</i> <i>JAMP Dienogest</i> <i>Mar-Dienogest</i> <i>M-Dienogest</i> <i>Visanne</i>	Aspen Jamp Marcan Mantra Ph. Bayer	02493055 02498189 02551683 02543613 02374900
MÉDROXYPROGESTÉRONNE (ACÉTATE DE)	Co.	2,5 mg	<i>AA-Medroxy</i>	AA Pharma	02244726
	Co.	5 mg	<i>AA-Medroxy</i>	AA Pharma	02244727
	Co.	10 mg	<i>AA-Medroxy</i>	AA Pharma	02277298
	Co.	100 mg	<i>AA-Medroxy</i>	AA Pharma	02267640
	Susp. Inj. I.M.	150 mg/mL (1 mL)	<i>Depo-Provera (seringue)</i>	Pfizer	02523493
MÉGESTROL (ACÉTATE DE)	Co.	40 mg	<i>Megestrol</i>	AA Pharma	02195917
PROGESTÉRONNE	Co. Vag. (eff.)	100 mg	<i>Endometrin</i>	Ferring	02334992
	Gel vag. (App.)	8 %	<i>Crinone</i>	Serono	02241013
	Sol. Inj. Huil.	50 mg/mL	<i>Progestérone</i> <i>Progestérone injectable</i>	Cytex Hikma	01977652 02531828

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:32 PROGESTATIFS (suite)

PROGESTÉRONNE MICRONISÉE

Caps.	100 mg	<i>ACH-Progesterone</i>	Accord	02549158
		<i>Auro-Progesterone</i>	AuroPharma	02493578
		<i>M-Progesterone</i>	Mantra Ph.	02551268
		<i>pms-Progesterone</i>	Phmscience	02476576
		<i>Progestérone</i>	Sanis	02516187
		<i>Prometrium</i>	Organon	02166704
		<i>Reddy-Progesterone</i>	Dr Reddy's	02463113
		<i>Teva-Progesterone</i>	Teva Can	02439913
Caps.	200 mg	<i>pms-Progesterone</i>	Phmscience	02480247

68:36.04 AGENTS THYROÏDIENS

LÉVOTHYROXINE SODIQUE

Co.	25 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02550709 02172062
Co.	50 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Eltroxin</i> <i>Synthroid</i>	Apotex Aspen BGP Pharma	02550717 02213192 02172070
Co.	75 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02550725 02172089
Co.	88 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02550733 02172097
Co.	100 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Eltroxin</i> <i>Synthroid</i>	Apotex Aspen BGP Pharma	02534681 02213206 02172100
Co.	112 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02550741 02171228
Co.	125 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02550768 02172119
Co.	137 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02550776 02233852
Co.	150 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Eltroxin</i> <i>Synthroid</i>	Apotex Aspen BGP Pharma	02550784 02213214 02172127
Co.	175 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02550792 02172135
Co.	200 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Eltroxin</i> <i>Synthroid</i>	Apotex Aspen BGP Pharma	02550806 02213222 02172143
Co.	300 mcg	<i>Apo-Levothyroxine</i> <i>Synthroid</i>	Apotex BGP Pharma	02534703 02172151
Pd. Inj.	200 mcg	<i>Levothyroxine sodique</i> <i>pour injection</i>	Avir	02461714
Pd. Inj.	500 mcg	<i>Levothyroxine sodique</i> <i>pour injection</i> <i>Levothyroxine Sodium</i>	Avir Fresenius	02461722 02245948

LIOTHYRONINE SODIQUE

Co.	5 mcg	<i>Auro-Liothyronine</i> <i>Cytomel</i> <i>Teva-Liothyronine</i>	AuroPharma Pfizer Teva Can	02549999 01919458 02494337
Co.	25 mcg	<i>Auro-Liothyronine</i> <i>Cytomel</i> <i>Teva-Liothyronine</i>	AuroPharma Pfizer Teva Can	02550008 01919466 02494345

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

68:36.08 AGENTS ANTI-THYROÏDIENS

MÉTHIMAZOLE 	Co.	5 mg	<i>Jamp Methimazole</i> <i>Mar-Methimazole</i> <i>Tapazole</i>	Jamp Marcan Knight	02490625 02480107 00015741
PROPYLTHIOURACILE 	Co.	50 mg	<i>Halycil</i> <i>Propylthiouracile</i>	Accelera Phebra	02521059 02523019

72:00

anesthésiques locaux

72:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

72:00 ANESTHÉSIIQUES LOCAUX

BUPIVACAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj.	0,25 %	<i>Bupivacaine Sensorcaine</i>	Sterimax Aspen	02443686 01976141
	Sol. Inj.	0,5 %	<i>Bupivacaine Sensorcaine</i>	Sterimax Aspen	02443694 01976168
BUPIVACAÏNE (CHLORHYDRATE DE)/ ÉPINÉPHRINE (BITARTRATE D')	Sol. Inj.	0,25 % - 1/200 000	<i>Marcaine-Epinéphrine Sensorcaine-Epinéphrine</i>	Pfizer Aspen	02241915 01976184
	Sol. Inj.	0,5 % - 1/200 000	<i>Sensorcaine-Epinéphrine</i>	Aspen	01976206
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj.	1 %	<i>Chlorhydrate de lidocaïne inj (avec agent de conservation)</i>	Hikma	02422018
			<i>Chlorhydrate de lidocaïne inj (sans agent de conservation)</i>	Hikma	02421984
			<i>Lidocaine Hydrochloride Injection</i>	Forma Ph	02534827
			<i>Xylocaïne (avec agent de conservation)</i>	Aspen	02302411
			<i>Xylocaïne (sans agent de conservation)</i>	Aspen	00001732
	Sol. Inj.	2 %	<i>Chlorhydrate de lidocaïne inj (avec agent de conservation)</i>	Hikma	02422026
			<i>Chlorhydrate de lidocaïne inj (sans agent de conservation)</i>	Hikma	02421992
			<i>Lidocaine Hydrochloride Injection</i>	Forma Ph	02547856
			<i>Xylocaïne (avec agent de conservation)</i>	Aspen	02302438
			<i>Xylocaïne (sans agent de conservation)</i>	Aspen	00036641
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)/ ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')	Sol. Inj.	1 % - 1/100 000	<i>Xylocaïne-Epinéphrine</i>	Aspen	00001791
	Sol. Inj.	1 % - 1/200 000	<i>Xylocaïne-Epinéphrine</i>	Aspen	00001805
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)/ ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D'), SANS PRÉSERVATIF	Sol. Inj.	2 % - 1/200 000	<i>Xylocaïne-Epinéphrine (Epidural)</i>	Aspen	00284106
MÉPIVACAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	Sol. Inj.	1 %	<i>Carbocaïne</i>	Pfizer	02241999
	Sol. Inj.	2 %	<i>Carbocaïne</i>	Pfizer	02242001
ROPIVACAÏNE (CHLORHYDRATE DE) 	Sol. Inj.	2 mg/mL	<i>Chlorhydrate de ropivacaine injectable Naropin</i>	Fresenius	02439379
				Aspen	02229411
	Sol. Inj.	5 mg/mL	<i>Naropin</i>	Aspen	02229415
	Sol. Inj.	10 mg/mL	<i>Chlorhydrate de ropivacaine injectable Naropin</i>	Fresenius	02439409
				Aspen	02229418

76:00
ocytociques

76:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

76:00 OCYTOCIQUES

CARBÉTOCINE 	Sol. Inj.	100 mcg/mL (1mL)	<i>Duratocin</i>	Ferring	02496526
	Sol. Inj. I.V.	100 mcg/mL	<i>Injection de carbétocine</i>	Juno	02489244
DINOPROSTONE 	Insertion Vaginale	10 mg	<i>Cervidil</i>	Ferring	02231047
ERGONOVINE (MALÉATE D') 	Sol. Inj.	0,25 mg/mL	<i>Injection de maléate d'ergonovine</i>	Hikma	02441241
MIFÉPRISTONE/MISOPROSTOL 	Trousse (orale solide)	200 mg -200 mcg	<i>Femyso</i>	Lupin	02560569
			<i>Mifegymiso</i>	Linepharma	02444038
OCYTOCINE 	Sol. Inj.	10 U/mL	<i>Ocytocine</i> <i>Ocytocine</i>	Fresenius Pfizer	02139561 00497398

78:00
agents radioactifs

78:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

78:00 AGENTS RADIOACTIFS

IODURE DE SODIUM (I-131)	Caps.			<i>Iodure de Sodium I-131</i>	Draximage	02329743
	Sol. Orale			<i>Iodure de Sodium I-131</i>	Draximage	02329778
OXODOTRÉOTIDE DE LUTÉCIUM 		Sol. Inj. I.V.	370 MBq/mL (entre 20,5 et 25 ml selon calibration)	<i>Lutathera</i>	Novartis	02484552
RADIUM-223 (CHLORURE DE) 		Sol. Inj. I.V.	1100 kBq/mL (6 mL)	<i>Xofigo</i>	Bayer	02418398

80:00

antitoxines, immunoglobulines, anatoxines, vaccins

80:02 extrait allergénique

80:04 antitoxines et immunoglobulines

80:08 anatoxines

80:12 vaccins

80:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

80:02 EXTRAIT ALLERGÉNIQUE

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS NORMALISÉS D')

Sol. Inj.	Doses d'entretien (10 mL)	<i>Monovalent</i>	Stallergen	99113892
		<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	02247757
		<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	99100062
		<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	99100063
		<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	02247754
		<i>Polyvalent</i>	Stallergen	99113896
		<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	99100067
		<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	99100068
		<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	99100066
		<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	99100064
		<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	99100065
		<i>Monovalent</i>	Stallergen	99113893
		<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	99100074
		<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	99100061
Sol. Inj.	Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	99100073
		<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	99100075
		<i>Polyvalent</i>	Stallergen	99113895
		<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	99100079
		<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	99100080
		<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	99100078
		<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	99100076
		<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	99100077

ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)

Sol. Inj.	Doses d'entretien (5 mL)	<i>Présaisonnier Monovalent</i>	Stallergen	99113924
		<i>Présaisonnier Polyvalent</i>	Stallergen	99113932
		<i>Suspal- Monovalent-Acar- iens</i>	Oméga	00889784
		<i>Suspal- Polyvalent-Acar- iens</i>	Oméga	00889792
		<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	00861367
		<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	00861375
Sol. Inj.	Doses d'entretien (10 mL)	<i>Perennial Monovalent</i>	Stallergen	99113934
		<i>Perennial Polyvalent</i>	Stallergen	99113925
		<i>Présaisonnier Monovalent</i>	Stallergen	99113928
		<i>Présaisonnier Polyvalent</i>	Stallergen	99113930
		<i>Suspal- Monovalent-Acar- iens</i>	Oméga	00908614
		<i>Suspal- Polyvalent-Acar- iens</i>	Oméga	00889814
		<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	00861332
		<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	00861359
Sol. Inj.	Ensemble de traitement (trousse - fioles de 5 mL)	<i>Présaisonnier Monovalent</i>	Stallergen	99113923
		<i>Présaisonnier Polyvalent</i>	Stallergen	99113931
		<i>Suspal- Monovalent-Acar- iens</i>	Oméga	00889822
		<i>Suspal- Polyvalent-Acar- iens</i>	Oméga	99000458
		<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	00861286
		<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	00861405
Sol. Inj.	Ensemble de traitement (trousse - fioles de 8 mL)	<i>Présaisonnier- Arbres</i>	Oméga	99113913
		<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Oméga	99100625
		<i>Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux</i>	Oméga	99100083
		<i>Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux</i>	Oméga	99100082
		<i>Présaisonnier- Graminés</i>	Oméga	99113914
		<i>Présaisonnier- Herbe à poux</i>	Oméga	99113915

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

80:02 EXTRAIT ALLERGÉNIQUE (suite)

	Sol. Inj.	Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)	<i>Perennial Monovalent</i> <i>Perennial Polyvalent</i> <i>Présaisonnier Monovalent</i> <i>Présaisonnier Polyvalent</i> <i>Suspal- Monovalent-Acar- iens</i> <i>Suspal- Polyvalent-Acar- iens</i> <i>Suspal-Monovalent</i> <i>Suspal-Polyvalent</i>	Stallergen Stallergen Stallergen Stallergen Oméga Oméga Oméga Oméga	99113921 99113926 99113927 99113929 00889849 00889857 00861308 00861316
	ALLERGÈNES(EXTRAITS AQUEUX D')	Sol. Inj.	Doses d'entretien (5 mL)	<i>Monovalent</i> <i>Monovalent-Acariens</i> <i>Polyvalent</i>	Oméga Oméga Oméga 00861170 99000415 00861189
		Sol. Inj.	Doses d'entretien (10 mL)	<i>Monovalent</i> <i>Monovalent-Acariens</i> <i>Polyvalent</i>	Oméga Oméga Oméga 00861227 99000431 00861251
		Sol. Inj.	Ensemble de traitement (trousse - fioles de 5 mL)	<i>Monovalent</i> <i>Monovalent-Acariens</i> <i>Polyvalent</i> <i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga Oméga Oméga Oméga 00861073 00889733 02247756 00889741
		Sol. Inj.	Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)	<i>Monovalent</i> <i>Monovalent-Acariens</i> <i>Polyvalent</i> <i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga Oméga Oméga Oméga 00861138 00889768 00861162 00889776
EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES 	 Co. S-Ling.	100 IR	<i>Oralair</i>	Stallergen	02381885
	 Co. S-Ling.	300 IR	<i>Oralair</i>	Stallergen	02381893
	 Co. S-Ling.	2800 UAB	<i>Grastek</i>	ALK-Abello	02418304
PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES	Pd. Inj.	1,3 mg	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i> <i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga Oméga	99100017 99100018
	Pd. Inj.	3,9 mg	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	99100026
	Pd. Inj.	120 mcg	<i>Frelon à tête jaune</i> <i>Guêpe (Polistes Spp.)</i> <i>Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata</i> <i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i> <i>Venin d'abeille (apis melli-fera)</i>	Oméga Oméga Oméga Oméga ALK-Abello	99100270 99100278 99100279 99100280 01948911
	Pd. Inj.	360 mcg	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	99100281
	Pd. Inj.	550 mcg	<i>Frelon à tête blanche</i> <i>Frelon à tête jaune</i> <i>Guêpe (Polistes Spp.)</i> <i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i> <i>Venin d'abeille (apis melli-fera)</i>	Oméga Oméga Oméga Oméga Oméga	99100266 99100267 99100268 99100269 99100282
	Pd. Inj.	1650 mcg	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	99100284
	VENINS D'HYMÉNOPTÈRES	Pd. Inj.	1,3 mg	<i>Venin d'abeille (apis melli-fera)</i>	Oméga 99100021
	Pd. Inj.	120 mcg	<i>Venin d'abeille (apis melli-fera)</i>	Oméga	00541435

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

80:04 ANTITOXINES ET IMMUNOGLOBULINES

IMMUNOGLOBULINE ANTI-VARICELLA ZOSTER	Sol. Inj. I.M.	100 U/mL	Vzig	Mass.Lab	99004089
IMMUNOGLOBULINE RABIQUE (HUMAINE)	Sol. Inj. I.M.	150 UI/mL	Imogam Rage	SanofiPast	02237328

80:08 ANATOXINES

ANATOXINE DIPHTÉRIQUE ADSORBÉE/ ANATOXINE TÉTANIQUE ADSORBÉE	Sol. Inj. I.M.	2Lf - 5Lf/0,5mL	Anatoxines tétanique et diphtérique adsorbées	SanofiPast	00514462
ANATOXINE DIPHTÉRIQUE ADSORBÉE/ ANATOXINE TÉTANIQUE ADSORBÉE/ VACCIN ANTIPOLIOMYÉLITIQUE	Susp. Inj. I.M.	2Lf-5Lf(Trivalent)/0,5 mL	Vaccin dT Polio Adsorbé	SanofiPast	00615358

80:12 VACCINS

BCG THÉRAPEUTIQUE	Sol. Urol. d'Irr.	81 mg	ImmuCyst	SanofiPast	02194376
VACCIN CONJUGUÉ CONTRE L'HAEMO PHILUS B	Pd. Inj.	10 mcg/0,5 mL	Act-HIB	SanofiPast	01959034
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE A	Susp. Inj. I.M.	50 U/mL	Vaqta	Merck	02229702
	Susp. Inj. I.M.	720 U Elisa/0,5 mL	Havrix 720 Junior	GSK	02231056
	Susp. Inj. I.M.	1440 U Elisa	Havrix	GSK	02187078
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE A ET L'HÉPATITE B	Susp. Inj. I.M.	360 U Elisa - 10 mcg/0,5 mL	Twinrix Junior	GSK	02237548
	Susp. Inj. I.M.	720 U Elisa - 20 mcg/mL	Twinrix	GSK	02230578
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	Sol. Inj. I.M.	10 mcg/mL	Recombivax HB	Merck	02243676
	Sol. Inj. I.M.	40 mcg/mL	Recombivax HB (sans thi- merosal)	Merck	02245977
	Susp. Inj. I.M.	20 mcg/mL	Engerix-B	GSK	02487039
VACCIN MÉNINGOCOCCIQUE, GROUPES A/C/ Y/W-135	Pd. Inj. S.C.	50 mcg/0,5 mL	Menomune-A/C/Y/W-135	SanofiPast	01959018
VACCIN PNEUMOCOCCIQUE (POLYVALENT)	Sol. Inj. S.C.-I.M.	25 mcg/0,5 mL	Pneumovax 23	Merck	00431648
VACCIN POLIOMYÉLITIQUE INACTIVÉ (CULTIVÉ SUR CELLULES DIPLOÏDES) - IPV	Susp. Inj. S.C.		Vaccin poliomyélite	SanofiPast	02231267
VACCIN RABIQUE (CELLULES DIPLOÏDES HUMAINES)	Pd. Inj. I.M.		Imovax Rage	SanofiPast	01908286
VACCIN ROUGEOLEUX, OURLIEN ET RUBÉOLEUX	Pd. Inj. S.C.		M-M-R-II Priorix	Merck GSK	00466085 02239208
VACCIN VIRAL ANTI-INFLUENZA QUADRIVALENT DE TYPES A ET B (À VIRION FRAGMENTÉ)	Susp. Inj. I.M.		Fluzone Quadrivalent	SanofiPast	02420643
VACCIN VIVANT ATTÉNUÉ CONTRE LA VARICELLE (OKA)	Pd. Inj. S.C.	1350 UFP	Varivax III	Merck	02246081
	Pd. Inj. S.C.	2000 UFP	Varilrix	GSK	02241047

84:00

agents de la peau et des muqueuses

84:04	anti-infectieux
84:04.04	antibactériens
84:04.06	antiviraux
84:04.08	antifongiques
84:04.12	scabicides et pédiculicides
84:04.92	anti-infectieux locaux, divers
84:06	agents anti-inflammatoires
84:06.08	corticostéroïdes
84:06.28	agents immunomodulateurs
84:08	antiprurigineux et anesthésiques locaux
84:16	stimulants cellulaires et proliférants
84:24	émollients et protecteurs
84:28	agents kératolytiques
84:32	agents céroplastiques
84:92	agents de la peau et des muqueuses, divers

84:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:04 ANTI-INFECTIEUX

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)/ ADAPALÈNE/ PEROXYDE DE BENZOYLE 	Gel Top.	1,2% - 0,15% - 3,1%	<i>Cabtreo</i>	Bausch H.	02550423

84:04.04 ANTIBACTÉRIENS

BACITRACINE	Pd. Inj./Top.	50 000 U	<i>Baciject</i>	Sterimax	02245571
	Pom. Top.	500 U/g	<i>Bacitin Bacitracin</i>	Pendopharm Jamp	00584908 02351714

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 	 Cr. Vag.	20 mg/g	<i>Dalacin</i>	Paladin	02060604
	Sol. Top.	1%	<i>Taro-Clindamycin</i>	Taro	02266938

FUSIDIQUE (ACIDE) 	Cr. Top.	2%	<i>Taro-Fusidic Acid</i>	Taro	02528096

MÉTRONIDAZOLE 	Cr. Top.	1%	<i>Noritate</i>	Bausch H.	02156091
	Gel Top.	1%	<i>Metrogel</i>	Galderma	02297809
	 Gel Vag.	0,75 %	<i>Nidagel</i>	Bausch H.	02125226

MUIROCINE	Pom. Top.	2%	<i>Taro-Mupirocin</i>	Taro	02279983

POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC	Pom. Top.	10 000 U -500 U/g	<i>Bioderm Jampolycin</i>	Odan Jamp	00621366 02357569

84:04.06 ANTIVIRAUX

ACYCLOVIR 	 Cr. Top.	50 mg/g	<i>Zovirax</i>	Bausch H.	02039524
	 Pom. Top.	50 mg/g	<i>Apo-Acyclovir Onguent Zovirax</i>	Apotex Bausch H.	02477130 00569771

84:04.08 ANTIFONGIQUES

CICLOPIROX OLAMINE 	Cr. Top.	1%	<i>Loprox</i>	Bausch H.	02221802
	Lot.	1%	<i>Loprox</i>	Bausch H.	02221810

CLOTRIMAZOLE	Cr. Top.	10 mg/g	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	00812382
	Cr. Vag. (App.)	1%	<i>Clotrimaderm Néo-Zol</i>	Taro Néolab	00812366 00874051
	Cr. Vag. (App.)	2%	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	00812374

KÉTOCONAZOLE 	Cr. Top.	2%	<i>Ketoderm</i>	Taro	02245662

NYSTATINE	Cr. Top.	100 000 U/g	<i>Nyaderm</i>	Taro	00716871

NYSTATINE 	Cr. Vag. (App.)	25 000 U/g	<i>Nyaderm</i>	Taro	00716901

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) 	Cr. Top.	1%	<i>Lamisil</i>	Novartis	02031094
	Vap. top.	1%	<i>Lamisil</i>	Novartis	02238703

TERCONAZOLE 	Cr. Vag. (App.)	0,4 %	<i>Taro-Terconazole</i>	Taro	02247651

84:04.12 SCABICIDES ET PÉDICULICIDES

DIMÉTHICONE	Sol.	50% P/P	<i>Nyda</i>	Medexus	02373785

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:04.12 SCABICIDES ET PÉDICULICIDES (suite)

ISOPROPYLE (MYRISTATE D')	Sol. Top.	50 %	Resultz	Aralez	02279592
PERMÉTHRINE	Après-Shamp.	1 %	Kwellada-P Crème rinse	Medtech	02231480
	Cr. Top.	5 %	Nix	Haleon	02219905
	Lot.	5 %	Kwellada-P Lotion	Medtech	02231348
PYRÉTHRINES/ BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE	Shamp.	0,33 % -3 % à 4 %	R & C Shampoo with conditioner	Medtech	02125447

84:04.92 ANTI-INFECTIEUX LOCAUX, DIVERS

CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE)	Sol. Top.				00896721
IODE (TEINTURE D')	Sol. Top.	2,5 %	Teinture d'Iode	Atlas	00051268
	Sol. Top.	5 %	Teinture d'Iode	Atlas	00051276
IODE-POVIDONE	Sol. Top.	7,5 %	Bétadine Détergent Chir-urgical	ANB Canada	00158313
			Providine Détergent	RougierX	00172936
	Sol. Top.	10 %	Betadine Dovidine Providine Solution	ANB Canada Atlas Teva Can	00158348 00832081 00172944
LIDOCAÏNE/CHLORHEXIDINE	Gel Top.	2 % - 0,05 %	Instillagel	Phmscience	02294990
SULFADIAZINE D'ARGENT 	Cr. Top.	1 %	Flamazine	S. & N.	00323098

84:06 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

AMCINONIDE 	Cr. Top.	0,1 %	Taro-Amcinonide	Taro	02246714
BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 	Cr. Top.	0,025 %	Propaderm	Bausch H.	02089602
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 	Cr. Top.	0,05 %	Diprosone Taro-Sone Teva-Topisone	Organon Taro Teva Can	00323071 01925350 00804991
	Lot.	0,05 %	Diprosone	Organon	00417246
	Pom. Top.	0,05 %	Diprosone Teva-Topisone	Organon Teva Can	00344923 00805009
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ BASE PROPYLÈNEGLYCOL 	Cr. Top.	0,05 %	Teva-Topilene	Teva Can	00849650
	Lot.	0,05 %	Teva-Topilene	Teva Can	01927914
	Pom. Top.	0,05 %	Diprolène Teva-Topilene	Organon Teva Can	00629367 00849669
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ SALICYLIQUE (ACIDE) 	Pom. Top.	0,05 % -3 %	Diprosalic Pommade	Organon	00578436
BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE) 	Cr. Top.	0,05 %	Bétaderm Teva-Ectosone	Taro Teva Can	00716618 00535427
	Cr. Top.	0,1 %	Bétaderm Teva-Ectosone	Taro Teva Can	00716626 00535435
	Lot.	0,05 %	ratio-Ectosone	Teva Can	00653209

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:06 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES (suite)

	Lot.	0,1 %	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	00750050
	Lot. Cap.	0,1 %	<i>Bétaderm</i>	Taro	00716634
	Pom. Top.	0,05 %	<i>Bétaderm</i>	Taro	00716642
	Pom. Top.	0,1 %	<i>Bétaderm</i>	Taro	00716650
BUDÉSONIDE	Mousse rect.(app.)	2 mg/dose	<i>Uceris</i>	Bausch H.	02498057
	Sol. Rect.	0,02 mg/mL (115 mL)	<i>Entocort En Lavement</i>	Tillotts	02052431
CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	Mousse Top.	50 mcg/g -0,5 mg/g	<i>Enstilar</i>	Leo	02457393
CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)	Cr. Top.	0,05 %	<i>Dermovate</i> <i>Mylan-Clobétasol</i> <i>Taro-Clobetasol</i> <i>Teva-Clobetasol</i>	Taro Mylan Taro Teva Can	02213265 02024187 02245523 01910272
	Lot. Cap.	0,05 %	<i>Dermovate Capillaire</i> <i>Mylan-Clobétasol</i> <i>Taro-Clobetasol</i>	Taro Mylan Taro	02213281 02216213 02245522
	Pom. Top.	0,05 %	<i>Dermovate</i> <i>Mylan-Clobétasol</i> <i>Taro-Clobetasol</i> <i>Teva-Clobetasol</i>	Taro Mylan Taro Teva Can	02213273 02026767 02245524 01910280
CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)	Cr. Top.	0,05 %	<i>Spectro Eczemacare medicated cream</i>	Haleon	02214415
DÉSONIDE	Cr. Top.	0,05 %	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	02229315
	Pom. Top.	0,05 %	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	02229323
DÉSOSIMÉTASONE	Cr. Top. (Emol.)	0,05 %	<i>Topicort Doux</i>	Bausch H.	02221918
	Cr. Top. (Emol.)	0,25 %	<i>Topicort</i>	Bausch H.	02221896
	Gel Top.	0,05 %	<i>Topicort</i>	Bausch H.	02221926
	Pom. Top.	0,25 %	<i>Topicort</i>	Bausch H.	02221934
FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	Huile Top.	0,01 %	<i>Derma-Smoothe/FS</i>	Hill	00873292
	Pom. Top.	0,025 %	<i>Synalar Régulier</i>	Bausch H.	02162512
FLUOCINONIDE	Cr. Top.	0,05 %	<i>Lidex Crème</i> <i>Lyderm</i>	Bausch H. Taro	02161923 00716863
	Cr. Top. (Emol.)	0,05 %	<i>Lidéamol Crème Émollient</i> <i>Tiamol</i>	Bausch H. Taro	02163152 00598933
	Gel Top.	0,05 %	<i>Lyderm</i>	Taro	02236997
	Pom. Top.	0,05 %	<i>Lidex Onguent</i> <i>Lyderm</i>	Bausch H. Taro	02161966 02236996
HALOBÉTASOL (PROPIONATE D')	Lot.	0,01 %	<i>Bryhali</i>	Bausch H.	02506262

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:06 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES (suite)

HYDROCORTISONE	Cr. Top.	1 %	Alta-HC 1 %	Altamed	80078409
			Cell Hydrocortisone	Cellchem	80073687
			Cortivera Plus	Vanc Phm	80061697
			Euro-Hydrocortisone	Sandoz	02412926
			Jamp-Hydrocortisone Cream 1 %	Jamp	80057189
			M-HC 1%	Mantra Ph.	80066164
			M-HC 1% Protection	Mantra Ph.	80066167
HYDROCORTISONE 	Cr. Top.	2,5 %	Sandoz Hydrocortisone	Sandoz	02469421
HYDROCORTISONE	Lot.	1 %	Jamp-Hydrocortisone Lotion 1 %	Jamp	80057191
			M-HC 1% lotion	Mantra Ph.	80066168
	Pom. Top.	0,5 %	Cortoderm	Taro	00716685
	Pom. Top.	1 %	Cortoderm Jamp-Hydrocortisone 1%	Taro Jamp	00716693 80057193
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 	Cr. Top.	0,5 %	Hyderm Urisec Crème Eczéma	Taro Odan	00716820 80056706
		1 %	Hyderm Jamp-HC Crème 1% M-HC Acetate 1%	Taro Jamp Mantra Ph.	00716839 80057178 80066165
	Cr. Top.	1 %	Hyderm Jamp-HC Crème 1% M-HC Acetate 1%	Taro Jamp Mantra Ph.	00716839 80057178 80066165
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 	Pom. Rect. (App.)	0,5 % à 0,75 %	Anodan-HC Anusol HC JampZinc - HC	Odan C. & D. Jamp	02128446 00505773 02387239
	Supp.	10 mg	Anodan-HC Anusol HC	Odan C. & D.	02236399 00476285
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')/ URÉE	Cr. Top.	1 % -10 %	Dermaflex HC Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Cream	Paladin Jamp	00681989 80061501
			M-HC 1% Urea 10% cream	Mantra Ph.	80073645
	Lot.	1 % -10 %	Dermaflex HC Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Lotion	Paladin Jamp	00681997 80061502
HYDROCORTISONE (VALÉRATE D') 	Cr. Top.	0,2 %	Hydroval	Taro	02242984
	Pom. Top.	0,2 %	Hydroval	Taro	02242985
MOMÉTASONE (FUROATE DE) 	Cr. Top.	0,1 %	Elocom Taro-Mométasone	Organon Taro	00851744 02367157
	Lot.	0,1 %	Elocom Taro-Mometasone Lotion	Organon Taro	00871095 02266385
	Pom. Top.	0,1 %	Elocom Teva-Mométasone	Organon Teva Can	00851736 02248130

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:06 AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES (suite)

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	Cr. Top.	0,1 %	<i>Aristocort R</i> <i>Triaderm</i>	Bausch H. Taro	02194058 00716960
	Cr. Top.	0,5 %	<i>Aristocort C</i>	Bausch H.	02194066
	Pom. Top.	0,1 %	<i>Aristocort R</i>	Bausch H.	02194031
	Pom. Top. (Orale)	0,1 %	<i>Oracort</i>	Taro	01964054

84:06.08 CORTICOSTÉROÏDES

HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/ TAZAROTÈNE	Lot.	0,01 % - 0,045 %	<i>Duobrii</i>	Bausch H.	02499967

84:06.28 AGENTS IMMUNOMODULATEURS

BIMEKIZUMAB (ARTHRITE PSORIASIQUE ET SPONDYLITE ANKYLOSANTE)	Sol. Inj. S.C. (ser)	160 mg/mL (1 mL)	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	99114458
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	160 mg/mL (1 mL)	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	99114459
BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)	Sol. Inj. S.C. (ser)	160 mg/mL (2 mL)	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	02553619
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	160 mg/mL (2 mL)	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	02553627
GUSELKUMAB (MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE)	Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Tremfya</i>	Janss. Inc	99114545
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Tremfya</i> <i>Tremfya One-Press</i>	Janss. Inc Janss. Inc	99114598 99114546
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	100 mg/mL (2 mL)	<i>Tremfya</i>	Janss. Inc	02559145
	Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (20 mL)	<i>Tremfya I.V.</i>	Janss. Inc	02559153
GUSELKUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)	Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Tremfya</i>	Janss. Inc	02469758
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Tremfya</i> <i>Tremfya One-Press</i>	Janss. Inc Janss. Inc	02566877 02487314
LÉBRIKIZUMAB	Sol. Inj. S.C. (ser)	125 mg/mL (2 mL)	<i>Ebglyss</i>	Lilly	02549131
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	125 mg/mL (2 mL)	<i>Ebglyss</i>	Lilly	02549123
RISANKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE)	Sol. Perf. I.V.	60 mg/mL (10 mL)	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	99114556
	Sol.Inj.S.C.(mini- doseur)	150 mg/mL (1,2 mL)	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	02552507
	Sol.Inj.S.C.(mini- doseur)	150 mg/mL (2,4 mL)	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	99114557
RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN)	Sol. Perf. I.V.	60 mg/mL (10 mL)	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	02532107
	Sol.Inj.S.C.(mini- doseur)	150 mg/mL (2,4 mL)	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	02532093
RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)	Sol. Inj. S.C.	150 mg/mL (1 mL)	<i>Skyrizi (seringue)</i> <i>Skyrizi (stylo)</i>	AbbVie AbbVie	02519283 02519291
	Sol. Inj. S.C. (ser)	90 mg/mL (0,83 mL)	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	02487454
TACROLIMUS	Pom. Top.	0,03 %	<i>Protopic</i>	Leo	02244149
	Pom. Top.	0,1 %	<i>Protopic</i>	Leo	02244148

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:06.28 AGENTS IMMUNOMODULATEURS (suite)

TILDRAKIZUMAB 	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Ilumya</i>	Sun Pharma	02558904

84:08 ANTIPRURIGINEUX ET ANESTHÉSQUES LOCAUX

BENZOCAÏNE	Pom. Rect. (App.)	10 %	<i>Rectogel</i>	Riva	00662488

CINCHOCAÏNE	Pom. Top.	1 %	<i>Nupercainal</i>	N.C.H.C.	00623385

LIDOCAÏNE	Pom. Top.	5 %	<i>Jampocaine 5%</i> <i>Lidodan</i> <i>Xylocaïne</i>	Jamp Odan Aspen	02386836 02083795 99000326

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	Gel	2 %	<i>Cathejell</i>	BioSyent	02370840

	Gel (App.Urétal)	2 %	<i>Jelido</i> <i>Xylocaïne</i>	Pendopharm Aspen	02469146 00385484

	Gel Top.	2 %	<i>Lidodan Jelly 2 %</i> <i>Xylocaïne</i>	Odan Aspen	02143879 00001694

PRAMOXINE (CHLORHYDRATE DE)	Cr. Top.	1 %	<i>Tronothane</i>	Abbott	01963104

84:16 STIMULANTS CELLULAIRES ET PROLIFÉRANTS

TRÉTINOÏNE 	 Cr. Top.	0,05 %	<i>Retin-A</i>	Bausch H.	00443794

	 Gel Top.	0,01 %	<i>Vitamin A Acid Gel Doux</i>	Bausch H.	01926462

84:24 ÉMOLLIENTS ET PROTECTEURS

AVOINE (FARINE D') COLLOÏDALE/HUILE MINÉRALE	Emuls. Top.	5 % -78,8 %			00652369

CAMPBRE/ MENTHOL/ PHÉNOL	Lot.	0,5 %-0,5 %-0,5 %			00615730

DIMÉTHICONE	Cr. Top.	1,3 %			99003449

DIMÉTHICONE/ LÉCITHINE	Cr. Top.	0,5 %-0,1 %			00748943

	Cr. Top.	1,5 %-0,3 %			00748935

	Lot.	1 %-0,3 %			00748927

DIMÉTHYLPOLYSILOXANE	Cr. Top.	20 %	<i>Barrière</i>	WellSpring	02060841

HUILE D'AMANDE DOUCE	Lot.	3 %			00957585

HUILE MINÉRALE	Cr. Top.	13 %			00957453

	Cr. Top.	20 %			00957461

	Emuls. Top.	51 %			00957488

	Emuls. Top.	71 %			00957496

	Emuls. Top.	85 % à 95 %			00957518

HUILE MINÉRALE/ MYRISTATE D'ISOPROPYLE/ LANOLINE DÉCIRÉE	Emuls. Top.	40 %-50 %-5 %			00957526

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:24 ÉMOLLIENTS ET PROTECTEURS (suite)

HUILE MINÉRALE/ MYRISTATE ET SÉBACATE D'ISOPROPYLE	Emuls. Top.	75 %-10 %-10 %			00957534
LACTIQUE (ACIDE NEUTRALISÉE)	Lot.	12 %			00578770
LACTIQUE (ACIDE)	Cr. Top.	10 %			00752681
SÉBUM SYNTHÉTIQUE	Cr. Top.	30 %			00957542
	Emuls. Top.	1 %			00957550
	Lot.	12,5 %			00957569
URÉE/ LACTIQUE (ACIDE)	Cr. Top.	10 %-2 %			00898260
ZINC (OXYDE DE)	Cr. Top.	15 %	Zinaderm	RougierX	02059614

84:28 AGENTS KÉRATOLYTIQUES

URÉE	Cr. Top.	10 %	Uremol 10 Crème Urisec-10	Odan Odan	00897191 80079497 80005397
	Cr. Top.	20 %	Crème à l'urée JamUrea 20 M-Urea 20 Uremol 20 Crème	Cellchem Jamp Mantra Ph. Odan	80079885 80023775 80079151 80083394
	Cr. Top.	22 %	Urisec	Odan	00396125
	Lot.	10 %	Uremol 10 Lotion	Odan	00892513 80079498
URÉE/ HUILE MINÉRALE	Pom. Top.	5 %-64,5 %	Hydrophil	Oméga	00566810

84:32 AGENTS CÉROPLASTIQUES

GOUDRON MINÉRAL/ SALICYLIQUE (ACIDE)	Gel Top.	10 %-3 %	Targel S.A.	Odan	00510335

84:92 AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES, DIVERS

ABROCITINIB 	 Co.	50 mg	Cibinqo	Pfizer	02528363
	 Co.	100 mg	Cibinqo	Pfizer	02528371
	 Co.	200 mg	Cibinqo	Pfizer	02528398
ACITRÉTINE 	Caps.	10 mg	Mint-Acitrelin Soriatane Taro-Acitrelin	Mint Aralez Taro	02468840 02070847 02466074
	Caps.	25 mg	Mint-Acitrelin Soriatane Taro-Acitrelin	Mint Aralez Taro	02468859 02070863 02466082
ALITRÉTINOÏNE 	 Caps.	30 mg	Hanzema Toctino	Dr Reddy's Janss. Inc	02477440 02337649
AZÉLAÏQUE (ACIDE) 	 Gel Top.	15 %	Finacea	Leo	02270811
BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	160 mg/mL (1 mL)	Bimzelx	U.C.B.	02525267
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	160 mg/mL (1 mL)	Bimzelx	U.C.B.	02525275

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:92 AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES, DIVERS (suite)

BRODALUMAB 		Sol. Inj. S.C.	140 mg/mL (1,5 mL)	<i>Siliq (seringue)</i>	Bausch H.	02473623
CALCIPOTRIOL 		Pom. Top.	50 mcg/g	<i>Dovonex</i>	Leo	01976133
CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 		Gel Top.	50 mcg/g -0,5 mg/g	<i>Dovobet Gel Taro-Calcipotriol/Betame- thasone Gel</i>	Leo Taro	02319012 02525178
		Mousse Top.	50 mcg/g -0,5 mg/g	<i>Enstilar</i>	Leo	02457393
		Pom. Top.	50 mcg/g -0,5 mg/g	<i>Dovobet Teva-Betamethasone/Cal- cipotriol</i>	Leo Teva Can	02244126 02427419
CALCITRIOL 		Pom. Top.	3 mcg/g	<i>Silkis</i>	Galderma	02338572
CANTHARIDINE		Susp. Top.	0,7 %	<i>Canthacur</i>	Phmscience	00589497
COLLAGÉNASE 		Pom. Top.	250 U/g	<i>Santyl</i>	S. & N.	02063670
DEUCRAVACITINIB 		Co.	6 mg	<i>Sotyktu</i>	B.M.S.	02533030
DUPILUMAB 		Sol. Inj. S.C. (ser)	150 mg/mL (2 mL)	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	02470365
		Sol. Inj. S.C. (ser)	175 mg/mL (1,14 mL)	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	02492504
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	150 mg/mL (2 mL)	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	02510049
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	175 mg/mL (1,14 mL)	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	02524252
FLUOROURACILE 		Cr. Top.	5 %	<i>Efudex</i>	Bausch H.	00330582
GEL HYDROCOLLOIDAL		Gel Top.		<i>DuoDERM Gel</i>	Convatec	00921084
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/ TAZAROTÈNE 		Lot.	0,01 % - 0,045 %	<i>Duobrii</i>	Bausch H.	02499967
HYDROGEL		Gel Top.		<i>Cutimed Gel</i>	BSN Med	99100795
				<i>Nu-Gel</i>	3M	99100365
				<i>Purilon Gel</i>	Coloplast	99100152
IMIQUIMOD 		Cr. Top.	5 %	<i>Aldara P Taro-Imiquimod Pump</i>	Bausch H. Taro	02239505 02482983
ISOTRÉTINOÏNE 		Caps.	10 mg	<i>Accutane 10 Clarus</i>	Roche Mylan	00582344 02257955
		Caps.	40 mg	<i>Accutane 40 Clarus</i>	Roche Mylan	00582352 02257963
IXÉKIZUMAB 		Sol. Inj. S.C.	80 mg/mL (1 mL)	<i>Taltz (seringue) Taltz (stylo)</i>	Lilly Lilly	02455110 02455102
PIMÉCROLIMUS 		Cr. Top.	1 %	<i>Elidel</i>	Bausch H.	02247238
PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE		Gel Top.	20 % - 3 %	<i>Intrasite</i>	S. & N.	00907936
TAZAROTÈNE 		Lot.	0,045 %	<i>Arazlo</i>	Bausch H.	02517868
TILDRAKIZUMAB 		Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Ilumya</i>	Sun Pharma	02516098

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

84:92 AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES, DIVERS (suite)

ZINC (OXYDE DE)	Band.	7,5 cm X 6 m	Viscopaste PB7	S. & N.	01907603

86:00

agents relaxant des muscles lisses

86:12	relaxants muscles lisses syst. génito-urinaire
86:12.08	agonistes bêta-3-adrénérquiques
86:16	relaxants muscles lisses voies respiratoires

86:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

86:12 RELAXANTS MUSCLES LISSES SYST. GÉNITO-URINAIRE

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE) 	 Co. L.A.	4 mg	Sandoz Fesoterodine Fu- marate Toviaz	Sandoz	02521768
				Pfizer	02380021
	 Co. L.A.	8 mg	Sandoz Fesoterodine Fu- marate Toviaz	Sandoz	02521776
				Pfizer	02380048
OXYBUTYNINE (CHLORURE D') 	Co.	2,5 mg	pms-Oxybutynin	Phmscience	02240549
	Co.	5 mg	Apo-Oxybutynin pms-Oxybutynin Riva-Oxybutynin	Apotex Phmscience Riva	02163543 02240550 02299364
	Sir.	5 mg/5 mL	pms-Oxybutynin	Phmscience	02223376
PROPIVÉRINE (CHLORHYDRATE DE) 	 Co.	5 mg	Mictoryl Pédiatrique	Duchesnay	02460289
SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE) 	Co.	5 mg	ACH-Solifenacin Succinate	Accord	02439344
			Auro-Solifenacin	AuroPharma	02446375
			Bio-Solifenacin	Biomed	02516519
			JAMP Solifenacin Succinate	Jamp	02428911
			Jamp-Solifenacin	Jamp	02424339
			M-Solifenacin Succinate	Mantra Ph.	02529696
			pms-Solifenacin	Phmscience	02417723
			PRZ-Solifenacin	Pharmaris	02493039
			Sandoz Solifenacin	Sandoz	02399032
			Solifenacin	Sanis	02458241
			Taro-Solifenacin	Sun Pharma	02437988
			Teva-Solifenacin	Teva Can	02397900
			Vesicare	Astellas	02277263
	Co.	10 mg	ACH-Solifenacin Succinate	Accord	02439352
			Auro-Solifenacin	AuroPharma	02446383
			Bio-Solifenacin	Biomed	02516527
			JAMP Solifenacin Succinate	Jamp	02428938
			Jamp-Solifenacin	Jamp	02424347
			M-Solifenacin Succinate	Mantra Ph.	02529718
			pms-Solifenacin	Phmscience	02417731
			PRZ-Solifenacin	Pharmaris	02493047
			Sandoz Solifenacin	Sandoz	02399040
			Solifenacin	Sanis	02458268
			Taro-Solifenacin	Sun Pharma	02437996
			Teva-Solifenacin	Teva Can	02397919
			Vesicare	Astellas	02277271
TOLTÉRODINE (L-TARTRATE DE) 	Caps. L.A.	2 mg	Detrol LA	BGP Pharma	02244612
			Sandoz Tolterodine LA	Sandoz	02413140
			Teva-Tolterodine LA	Teva Can	02412195
	Caps. L.A.	4 mg	Detrol LA	BGP Pharma	02244613
			Sandoz Tolterodine LA	Sandoz	02413159
			Teva-Tolterodine LA	Teva Can	02412209
	Co.	1 mg	Detrol	BGP Pharma	02239064
			Jamp Tolterodine	Jamp	02496836
			Mint-Tolterodine	Mint	02423308
	Co.	2 mg	Detrol	BGP Pharma	02239065
			Jamp Tolterodine	Jamp	02496844
			Mint-Tolterodine	Mint	02423316

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

86:12 RELAXANTS MUSCLES LISSES SYST. GÉNITO-URINAIRE (suite)

TROSPIMUM (CHLORURE DE) 	 Co.	20 mg	JAMP Trosipium Mar-Trosipium	Jamp Marcan	02506661 02488353

86:12.08 AGONISTES BÊTA-3-ADRENERGIQUES

MIRABEGRON 	 Co. L.A.	25 mg	Apo-Mirabegron Myrbetriq	Apotex Astellas	02564963 02402874
	 Co. L.A.	50 mg	Apo-Mirabegron Myrbetriq	Apotex Astellas	02564971 02402882

86:16 RELAXANTS MUSCLES LISSES VOIES RESPIRATOIRES

AMINOPHYLLINE 	Sol. Inj. I.V.	25 mg/mL	Aminophylline Injection	Oméga	00582662
THÉOPHYLLINE 	Co. L.A.	100 mg	Theo LA	AA Pharma	00692689
	Co. L.A.	200 mg	Theo LA	AA Pharma	00692697
	Co. L.A.	400 mg	Theo ER	AA Pharma	02360101
	Co. L.A.	600 mg	Theo ER	AA Pharma	02360128
	Elix.	80 mg/15 mL	Théophylline	Atlas	00627410

88:00

vitamines

88:08	complexe de vitamine b
88:12	vitamine c
88:16	vitamine d
88:20	vitamine e
88:24	activité de vitamine k
88:28	préparations multivitaminées

88:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

88:08 COMPLEXE DE VITAMINE B

CYANOCOBALAMINE	Co. L.A.	1200 mcg	AG-Vitamin B12 ER	Angita	80106052
			Alta-B12	Altamed	80075338
			Beduzil	Orimed	80025207
			Bio-Vitamine B12	Biomed	80091185
			i-Vitamin B12 ER	InfoPharma	80126981
			Jamp-Vitamine B12 L.A.	Jamp	80021427
			M-B12 1200 mcg L.A.	Mantra Ph.	80042834
			Opus Vitamine B12 L.A.	Opus	80062941
			Riva-Vitamine B12	Riva	80091214
	Co. L.A.	1500 mcg	Beduzil 1500	Orimed	80043158
	Sol. Inj.	1 mg/mL	Cyanocobalamine	Sterimax	01987003
			Cyanocobalamine Injecta- ble, USP	Mylan	02413795
			Injection de cyanocobala- mine	Hikma	02463393
			Injection de cyanocobala- mine	Hikma	02465507
			Jamp-Cyanocobalamin	Jamp	02420147
			Vitamine B 12	Sandoz	00521515
	Sol. Orale	200 mcg/mL	Jamp-Vitamine B12	Jamp	80026092
FOLIQUE (ACIDE)	Co.	1 mg	Acide Folique	Domrex	02048841
			Acide Folique	Jamp	02236747
			Jamp-Folic Acid	Jamp	80053274
FOLIQUE (ACIDE) 	Co.	5 mg	Jamp-Acide Folique	Jamp	02366061
FOLIQUE (ACIDE)	Sol. Inj.	5 mg/mL	Acide folique injectable, USP	Fresenius	02139480
PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	25 mg	Jamp Vitamine B6	Jamp	80002890
			M-B6 25 mg	Mantra Ph.	80056458
			Opus Vitamine B6	Opus	80049803
THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	50 mg	Jamp-Vitamine B1	Jamp	80009633
			M-B1 50 mg	Mantra Ph.	80054199
			Opus Vitamine B1	Opus	80049777
	Co.	100 mg	AG-Vitamine B1	Angita	80106545
			Jamp-Vitamine B1	Jamp	80009588
			M-B1 100 mg	Mantra Ph.	80054205
	Sol. Inj.	100 mg/mL	Opus Vitamine B1	Opus	80049780
			Thiamiject	Oméga	02193221
			Vitamine B 1	Sandoz	00816078

88:12 VITAMINE C

ASCORBIQUE (ACIDE)	Sol. Inj.	250 mg/mL	Vitamine C	Sandoz	00780634

88:16 VITAMINE D

ALFACALCIDOL 	Caps.	0,25 mcg	One-Alpha	Cheplaphar	00474517
			Sandoz Alfacalcidol	Sandoz	02533316
	Caps.	1 mcg	One-Alpha	Cheplaphar	00474525
			Sandoz Alfacalcidol	Sandoz	02533324
	Sol. Inj. I.V.	2 mcg/mL	One-Alpha	Cheplaphar	02242502
	Sol. Orale	2 mcg/mL	One-Alpha	Cheplaphar	02240329

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

88:16 VITAMINE D (suite)

CALCITRIOL

Caps.	0,25 mcg	<i>Calcitriol-Odan</i> <i>pms-Calcitriol</i> <i>Rocaltrol</i> <i>Taro-Calcitriol</i>	Odan Phmscience Search Phm Taro	02431637 02495899 00481823 02485710
Caps.	0,50 mcg	<i>Calcitriol-Odan</i> <i>pms-Calcitriol</i> <i>Rocaltrol</i> <i>Taro-Calcitriol</i>	Odan Phmscience Search Phm Taro	02431645 02495902 00481815 02485729
 Sol. Inj. I.V.	1 mcg/mL	<i>Calcitriol</i> <i>Calcitriol pour injection</i> <i>USP</i>	Fresenius Sterimax	02245686 02399334

CHOLÉCALCIFÉROL

Caps.	2000 UI	<i>Luxa-D</i> <i>Vitamine D 2000 UI</i>	Orimed Angita	02442256 80110453
Caps.	10 000 UI	<i>Euro D 10 000</i> <i>Jamp-Vitamine D</i>	Sandoz Jamp	02253178 02449099
Co.	10 000 UI	<i>AG-Vitamin D</i> <i>D-Tabs</i> <i>Jamp-Vitamine D</i> <i>Vidextra</i> <i>Vitamine D3</i>	Angita Riva Jamp Orimed Jamp	02498944 00821772 02379007 02417685 02546876

ERGOCALCIFÉROL

Caps.	50 000 U	<i>D-Forte</i>	Sandoz	02237450
Sol. Orale	8 288 UI/mL	<i>Erdol</i> <i>Jamp-D2-Dol</i>	Odan Jamp	80003615 80020776

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

88:16 VITAMINE D (suite)

VITAMINE D

Caps.	400 UI	Bio-Vitamine D3 400	Biomed	80090840
		Jamp-Vitamine D (Caps.)	Jamp	80006629
		M-D400 Gel	Mantra Ph.	80055196
		NORA D-400	Nora	80120940
		Opus D-400	Opus	80039163
		Riva-D	Riva	80005560
		Vit D 400 gel	Altamed	80063895
		Vitamine D 400 IU	Angita	80100936
Caps.	800 UI	Jamp-Vitamine D	Jamp	80007769
Caps.	1000 UI	Bio-Vitamine D3	Biomed	80089250
		D-Gel-1000	Jamp	80007766
		Euro-D 1000	Sandoz	80003707
		M-D1000 Gel	Mantra Ph.	80055204
		NORA D-1000	Nora	80120939
		Opus D-1000	Opus	80027592
		Vit D 1000 gel	Altamed	80063899
		Vitamin D3 Softgel	Cellchem	80068574
		Vitamine D 1000	Angita	80100940
		Vitamine D3 1000 UI	Jamp	80009635
Co.	400 UI	Jamp-Vitamine D (Co.)	Jamp	02240624
		Vitamine D	Lalco	00765384
Co.	800 UI	Vitamine D 800 UI	BioV	80021081
Co.	1000 UI	Riva-D 1000	Riva	80051562
		Vitamine D 1000	Jamp	80006161
		Vitamine D 1000 UI	BioV	80021090
Sol. Orale	400 UI/dose	Adorable - Vitamine D	Wampole	80025353
		D3-POM	Jamp	80003038
		D-VI-SOL	M.J.	00762881
		Jamp-D3-Dol	Jamp	80019649
		M-D400 Gouttes	Mantra Ph.	80082751
		PediaVIT D	Exzell	80004595
		Pediavit Vitamine D3	Exzell	80077066
		Vitamine D3	Domrex	02243870

88:20 VITAMINE E

TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)

Ⓢ Caps.	100 UI	99002396
Ⓢ Caps.	200 UI	99002418
Ⓢ Caps.	400 UI	99002426
Ⓢ Co. Croq.	200 UI	99100202
Ⓢ Sol. Orale	50 UI/mL	99002469

88:24 ACTIVITÉ DE VITAMINE K

PHYTONADIONE

Sol. Inj. I.M.	2 mg/mL	Vitamine K 1	Sandoz	00781878
Sol. Inj. I.M.	10 mg/mL	Vitamine K 1	Sandoz	00804312

88:28 PRÉPARATIONS MULTIVITAMINÉES

DÉCAVITAMINES U.S.P.

00957437

HEXAVITAMINES N.F.

00957445

POLYVITAMINES B AVEC A,D,E,C

Sol. Perf. I.V.	Multi-1000	Sandoz	00586315

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

88:28 PRÉPARATIONS MULTIVITAMINÉES (suite)

VITAMINES A, D ET C	Sol. Orale	750 U -400 U -30 mg/mL	<i>Pediavit Multi Tri-Vi-Sol</i>	Exzell M.J.	80056252 00762903
	Sol. Orale	1 500 U -400 U -30 mg/mL	<i>Jamp-Vitamines A-D-C Pediavit</i>	Jamp Euro-Pharm	80008471 02229790

90:00

agents immunomodulateurs

90:04

agents contre la sclérose en plaques

90:04.04

anticorps monoclonaux

90:04.20

antimétabolites

90:04.24

polymère d'acides aminés

90:08

Agents de la myasthénie grave

90:08.04

bloqueurs néonataux des récepteurs fc

90:08.08

inhibiteurs du complément

90:12

trouble du spectre de la neuromyéélite optique

90:12.04

anticorps monoclonaux

90:16

agents modificateurs osseux

90:20

agents inhibiteurs du complément

90:24

antirhumatismaux modificateurs de la maladie

90:24.12

inhibiteurs de janus kinase

90:24.16

inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale

90:24.20

agents médiés par les interleukines

90:24.28

anticorps monoclonaux igg1

90:24.92

médicaments antirhumatismaux modif.maladie, divers

90:28

thérapie immunosuppressive

90:28.16

agents inhibiteurs de l'interleukine

90:00

90:28.28

inhibiteurs de la calcineurine

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:04.04 ANITICORPS MONOCLONAUX

ALEMTUZUMAB 	 Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (1,2 mL)	<i>Lemtrada</i>	Genzyme	02418320
NATALIZUMAB 	 Sol. Inj. I.V.	300mg/15ml	<i>Tysabri</i>	Biogen	02286386

90:04.20 ANTIMÉTABOLITES

CLADRIBINE 	 Co.	10 mg	<i>Apo-Cladribine Mavenclad</i>	Apotex Serono	02553295 02470179

90:04.24 POLYMÈRE D'ACIDES AMINÉS

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	20 mg/mL (1 mL)	<i>Acétate de glatiramère in- jectable</i>	Mylan	02541440
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT) 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	20 mg/mL (1 mL)	<i>Glatect</i>	Phmscience	02460661

90:08.04 BLOQUEURS NÉONATALS DES RÉCEPTEURS FC

EFGARTIGIMOD ALFA 	 Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (20 mL)	<i>Vyvgart</i>	Argenx	02541599
ROZANOLIXIZUMAB 	 Sol. Inj. S.C.	140 mg/mL (2 mL)	<i>Rystiggo</i>	U.C.B.	02556081

90:08.08 INHIBITEURS DU COMPLÉMENT

ZILUCOPLAN 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	40 mg/mL (0,416 mL)	<i>Zilbrysq</i>	U.C.B.	02549220
	 Sol. Inj. S.C. (ser)	40 mg/mL (0,574 mL)	<i>Zilbrysq</i>	U.C.B.	02549239
	 Sol. Inj. S.C. (ser)	40 mg/mL (0,810 mL)	<i>Zilbrysq</i>	U.C.B.	02549247

90:12.04 ANTICORPS MONOCLONAUX

INÉBILIZUMAB 	 Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (10 mL)	<i>Uplizna</i>	Amgen	02543931

90:16 AGENTS MODIFICATEURS OSSEUX

DENOSUMAB 	Sol. Inj. S.C.	120 mg/1,7 mL	<i>Osenvelt Tuzemty Wyost</i>	Celltrion Organon Sandoz	02560895 02566001 02545764
	Sol. Inj. S.C. (ser)	60 mg/mL (1 mL)	<i>Bildyos Jubbonti Stoboclo</i>	Organon Sandoz Celltrion	02565951 02545411 02560917
ROMOSUZUMAB 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	90 mg/mL (1,17 mL)	<i>Evenity</i>	Amgen	02489597

90:20 AGENTS INHIBITEURS DU COMPLÉMENT

CROVALIMAB 	 Sol. Inj.	170 mg/mL (2 mL)	<i>Piasky</i>	Roche	02558262
RAVULIZUMAB 	 Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (30 mL)	<i>Ultomiris</i>	Alexion	02491559
	 Sol. Perf. I.V.	100 mg/mL (3 mL)	<i>Ultomiris</i>	Alexion	02533448
	 Sol. Perf. I.V.	100 mg/mL (11 mL)	<i>Ultomiris</i>	Alexion	02533456

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:24 ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

ABATACEPT 		Pd. Perf. I.V.	250 mg	Orencia	B.M.S.	02282097
		Sol. Inj. S.C. (ser)	125 mg/mL (1 mL)	Orencia	B.M.S.	02402475
APREMILAST 		Co.	10 mg (4 co.) - 20 mg (4 co.) - 30 mg (19 co.)	Auro-Apremilast (Emballage de départ)	AuroPharma	02524120
				Jamp Apremilast (Emballage de départ)	Jamp	02528967
				Otezla (Emballage de départ)	Amgen	02434318
				Sandoz Apremilast (Emballage de départ)	Sandoz	02529092
		Co.	30 mg	Apo-Apremilast	Apotex	02538180
				Auro-Apremilast	AuroPharma	02524104
				GLN-Apremilast	Glenmark	02518910
				Jamp Apremilast	Jamp	02528959
				Mint-Apremilast	Mint	02525747
				Otezla	Amgen	02434334
				pms-Apremilast	Phmscience	02521733
				Sandoz Apremilast	Sandoz	02529084
LÉFLUNOMIDE 	Co.	10 mg		Apo-Leflunomide	Apotex	02256495
				Arava	SanofiAven	02241888
				Leflunomide	Sanis	02351668
				Leflunomide	Sivem	02543575
				Mar-Leflunomide	Marcan	02551918
				Sandoz Leflunomide	Sandoz	02283964
				Teva-Leflunomide	Teva Can	02261251
	Co.	20 mg		Apo-Leflunomide	Apotex	02256509
				Arava	SanofiAven	02241889
				Leflunomide	Sanis	02351676
				Leflunomide	Sivem	02543583
				Mar-Leflunomide	Marcan	02551926
				Sandoz Leflunomide	Sandoz	02283972
				Teva-Leflunomide	Teva Can	02261278
UPADACITINIB 		Co. L.A.	15 mg	Rinvoq	AbbVie	02495155
		Co. L.A.	30 mg	Rinvoq	AbbVie	02520893
		Co. L.A.	45 mg	Rinvoq	AbbVie	02539721

90:24.12 INHIBITEURS DE JANUS KINASE

BARICITINIB 		Co.	2 mg	Olumiant	Lilly	02480018
TOFACITINIB (CITRATE DE) 		Co.	5 mg	Auro-Tofacitinib	AuroPharma	02530007
				JAMP Tofacitinib	Jamp	02522896
				pms-Tofacitinib	Phmscience	02522799
				Sandoz Tofacitinib	Sandoz	02551691
				Taro-Tofacitinib	Taro	02511304
				Xeljanz	Pfizer	02423898
		Co.	10 mg	Auro-Tofacitinib	AuroPharma	02530015
				Sandoz Tofacitinib	Sandoz	02551705
				Taro-Tofacitinib	Taro	02511312
				Xeljanz	Pfizer	02480786
		Co. L.A.	11 mg	Taro-Tofacitinib XR	Taro	02553988
				Xeljanz XR	Pfizer	02470608

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:24.16 INHIBITEURS DU FACTEUR DE NÉCROSE TUMORALE

ADALIMUMAB 	☞ Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,4 mL)	Abrilada (seringue)	Pfizer	02511061
			Amgevita (seringue)	Amgen	02459310
			Hulio (seringue)	Biocon	02502380
			Hyrimoz (seringue)	Sandoz	02505258
	☞ Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,8 mL)	Abrilada (seringue)	Pfizer	02511053
			Abrilada (stylo)	Pfizer	02511045
			Amgevita (seringue)	Amgen	02459299
			Amgevita (stylo)	Amgen	02459302
			Hadlima (seringue)	Organon	02473097
			Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	02473100
			Hulio (seringue)	Biocon	02502399
			Hulio (stylo)	Biocon	02502402
			Hyrimoz (seringue)	Sandoz	02492164
			Hyrimoz (stylo)	Sandoz	02492156
			Idacio (seringue)	Fresenius	02502682
			Idacio (stylo)	Fresenius	02502674
	☞ Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,2 mL)	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	02542315
			Yuflyma (seringue)	Celltrion	02556596
	☞ Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,4 mL)	Hadlima (seringue)	Organon	02533472
			Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	02533480
			Hyrimoz (seringue)	Sandoz	02542323
			Hyrimoz (stylo)	Sandoz	02542331
			Simlandi (seringue)	Jamp	02523949
			Simlandi (stylo)	Jamp	02523957
			Yuflyma (seringue)	Celltrion	02523760
			Yuflyma (stylo)	Celltrion	02523779
	☞ Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,8 mL)	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	02542358
			Hyrimoz (stylo)	Sandoz	02542366
			Simlandi (seringue)	Jamp	02523965
			Yuflyma (seringue)	Celltrion	02535076
			Yuflyma (stylo)	Celltrion	02535084
ADALIMUMAB (COLITE ULCÉREUSE-ENFANTS) 	☞ Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,4 mL)	Abrilada (seringue)	Pfizer	99114205
			Amgevita (seringue)	Amgen	99114130
			Hulio (seringue)	Biocon	99114162
	☞ Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,8 mL)	Abrilada (seringue)	Pfizer	99114200
			Abrilada (stylo)	Pfizer	99114201
			Amgevita (seringue)	Amgen	99114129
			Amgevita (stylo)	Amgen	99114139
			Hadlima (seringue)	Organon	99114434
			Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	99114435
			Hulio (seringue)	Biocon	99114161
			Hulio (stylo)	Biocon	99114163
	☞ Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,2 mL)	Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114508
	☞ Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,4 mL)	Hadlima (seringue)	Organon	99114436
			Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	99114437
			Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114504
			Yuflyma (stylo)	Celltrion	99114506
	☞ Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,8 mL)	Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114505
			Yuflyma (stylo)	Celltrion	99114507
ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE) 	☞ Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,4 mL)	Amgevita (seringue)	Amgen	99114035
			Hulio (seringue)	Biocon	99114041
			Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114048

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:24.16 INHIBITEURS DU FACTEUR DE NÉCROSE TUMORALE (suite)

	☞	Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,8 mL)	Abrilada (seringue)	Pfizer	99114033
				Abrilada (stylo)	Pfizer	99114034
				Amgevita (seringue)	Amgen	99114046
				Amgevita (stylo)	Amgen	99114047
				Hadlima (seringue)	Organon	99114040
				Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	99114039
				Hulio (seringue)	Biocon	99114042
				Hulio (stylo)	Biocon	99114043
				Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114049
				Hyrimoz (stylo)	Sandoz	99114050
				Idacio (seringue)	Fresenius	99114265
				Idacio (stylo)	Fresenius	99114267
	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,2 mL)	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114299
				Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114509
	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,4 mL)	Hadlima (seringue)	Organon	99114297
				Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	99114298
				Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114300
				Hyrimoz (stylo)	Sandoz	99114301
				Simlandi (seringue)	Jamp	99114144
				Simlandi (stylo)	Jamp	99114151
				Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114225
				Yuflyma (stylo)	Celltrion	99114233
	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,8 mL)	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114302
				Hyrimoz (stylo)	Sandoz	99114303
				Simlandi (seringue)	Jamp	99114146
				Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114227
				Yuflyma (stylo)	Celltrion	99114228
ADALIMUMAB (MALADIE DE CROHN-ENFANTS) 	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,2 mL)	Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114534
	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,4 mL)	Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114535
				Yuflyma (stylo)	Celltrion	99114537
	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,8 mL)	Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114536
				Yuflyma (stylo)	Celltrion	99114538
ADALIMUMAB (UVÉITE) 	☞	Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,4 mL)	Abrilada (seringue)	Pfizer	99114206
				Amgevita (seringue)	Amgen	99114101
				Hulio (seringue)	Biocon	99114104
	☞	Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,8 mL)	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114107
				Abrilada (seringue)	Pfizer	99114208
				Abrilada (stylo)	Pfizer	99114204
				Amgevita (seringue)	Amgen	99114102
				Amgevita (stylo)	Amgen	99114103
				Hadlima (seringue)	Organon	99114229
				Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	99114230
				Hulio (seringue)	Biocon	99114105
				Hulio (stylo)	Biocon	99114106
				Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114108
				Hyrimoz (stylo)	Sandoz	99114109
				Idacio (seringue)	Fresenius	99114266
				Idacio (stylo)	Fresenius	99114268
	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,2 mL)	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114304
				Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114510
	☞	Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,4 mL)	Hadlima (seringue)	Organon	99114231
				Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	99114232
				Hyrimoz (seringue)	Sandoz	99114305
				Hyrimoz (stylo)	Sandoz	99114306
				Simlandi (seringue)	Jamp	99114145
				Simlandi (stylo)	Jamp	99114150
				Yuflyma (seringue)	Celltrion	99114223
				Yuflyma (stylo)	Celltrion	99114224

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:24.16 INHIBITEURS DU FACTEUR DE NÉCROSE TUMORALE (suite)

	☞ Sol. Inj. S.C.	100 mg/mL (0,8 mL)	<i>Hyrimoz (seringue)</i> <i>Hyrimoz (stylo)</i> <i>Simlandi (seringue)</i> <i>Yuflyma (seringue)</i> <i>Yuflyma (stylo)</i>	Sandoz Sandoz Jamp Celltrion Celltrion	99114307 99114308 99114147 99114222 99114221
CERTOLIZUMAB PEGOL 	☞ Sol. Inj. S.C. (ser)	200 mg/ml (1 ml)	<i>Cimzia</i>	U.C.B.	02331675
	☞ Sol. Inj. S.C. (stylo)	200 mg/ml (1 ml)	<i>Cimzia</i>	U.C.B.	02465574
ÉTANERCEPT 	☞ Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (0,5 mL)	<i>Erelzi (seringue)</i>	Sandoz	02462877
	☞ Sol. Inj. S.C.	50 mg/mL (1 mL)	<i>Brenzys (seringue)</i> <i>Brenzys (stylo)</i> <i>Erelzi (seringue)</i> <i>Erelzi SensoReady Pen</i> <i>Rymti (seringue)</i> <i>Rymti (stylo)</i>	Organon Organon Sandoz Sandoz Lupin Lupin	02455323 02455331 02462869 02462850 02530295 02530309
GOLIMUMAB 	☞ Sol. Inj. S.C. (ser)	50 mg/0,5 mL	<i>Simponi</i>	Janss. Inc	02324776
	☞ Sol. Inj. S.C. (stylo)	50 mg/0,5 mL	<i>Simponi</i>	Janss. Inc	02324784
	☞ Sol. Perf. I.V.	12,5 mg/mL (4 mL)	<i>Simponi I.V.</i>	Janss. Inc	02417472
INFLIXIMAB 	☞ Pd. Perf. I.V.	100 mg	<i>Avsola</i> <i>Ixifi</i> <i>Remdantry</i> <i>Renflexis</i>	Amgen Pfizer Celltrion Organon	02496933 02523191 02419475 02470373
	☞ Sol. Inj. S.C. (ser)	120 mg/mL (1 mL)	<i>Remsima SC</i>	Celltrion	02511576
	☞ Sol. Inj. S.C. (stylo)	120 mg/mL (1 mL)	<i>Remsima SC</i>	Celltrion	02511584
INFLIXIMAB (REMICADE) 	☞ Pd. Perf. I.V.	100 mg	<i>Remicade</i>	Janss. Inc	02244016

90:24.20 AGENTS MÉDIÉS PAR LES INTERLEUKINES

SARILUMAB 	☞ Sol. Inj. S.C. (ser)	200 mg/1,14 mL	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	02460548
	☞ Sol. Inj. S.C. (stylo)	150 mg/1,14 mL	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	02472961
	☞ Sol. Inj. S.C. (stylo)	200 mg/1,14 mL	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	02472988
SÉCUKINUMAB 	☞ Sol. Inj. S.C.	150 mg/mL (1 mL)	<i>Cosentyx (seringue)</i> <i>Cosentyx (stylo)</i>	Novartis Novartis	02547724 02438070
	☞ Sol. Inj. S.C.	150 mg/mL (2 mL)	<i>Cosentyx (seringue)</i> <i>Cosentyx (stylo)</i>	Novartis Novartis	02529653 02529661
TOCILIZUMAB 	Sol. Inj. S.C. (ser)	162 mg/0,9 mL	<i>Avtozma</i> <i>Tyenne</i>	Celltrion Fresenius	02562057 02552493
	Sol. Inj. S.C. (stylo)	162 mg/0,9 mL	<i>Avtozma</i> <i>Tyenne</i>	Celltrion Fresenius	02562065 02552485
	Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (4 mL)	<i>Avtozma</i> <i>Tyenne</i>	Celltrion Fresenius	02562022 02552450
	Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (10 mL)	<i>Avtozma</i> <i>Tyenne</i>	Celltrion Fresenius	02562030 02552469
	Sol. Perf. I.V.	20 mg/mL (20 mL)	<i>Avtozma</i> <i>Tyenne</i>	Celltrion Fresenius	02562049 02552477

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:24.20 AGENTS MÉDIÉS PAR LES INTERLEUKINES (suite)

USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN) 		Sol. Inj. S.C.	45 mg/0,5 mL	Jamteki Steqeyma Wezlana Yesintek	Jamp Celltrion Amgen Biocon	99114452 99114512 99114313 99114529
		Sol. Inj. S.C. (ser)	45 mg/0,5 mL	Jamteki Otulfi Steqeyma Wezlana Yesintek	Jamp Fresenius Celltrion Amgen Biocon	99114454 99114515 99114386 99114312 99114531
		Sol. Inj. S.C. (ser)	90 mg/1 mL	Jamteki Otulfi Steqeyma Wezlana Yesintek	Jamp Fresenius Celltrion Amgen Biocon	99114456 99114502 99114387 99114314 99114532
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	45 mg/0,5 mL	Wezlana	Amgen	99114443
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	90 mg/1 mL	Wezlana	Amgen	99114444
		Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL (26 mL)	Jamteki Otulfi Steqeyma Wezlana Yesintek	Jamp Fresenius Celltrion Amgen Biocon	02553120 99114503 02550261 02544210 99114533
USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ENFANTS) 		Sol. Inj. S.C.	45 mg/0,5 mL	Jamteki Steqeyma Wezlana	Jamp Celltrion Amgen	99114453 99114511 99114447
		Sol. Inj. S.C. (ser)	45 mg/0,5 mL	Jamteki Steqeyma Wezlana	Jamp Celltrion Amgen	99114455 99114513 99114450
		Sol. Inj. S.C. (ser)	90 mg/1 mL	Jamteki Steqeyma Wezlana	Jamp Celltrion Amgen	99114457 99114514 99114448
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	45 mg/0,5 mL	Wezlana	Amgen	99114445
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	90 mg/1 mL	Wezlana	Amgen	99114446
USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE) 		Sol. Inj. S.C.	45 mg/0,5 mL	Steqeyma Wezlana Yesintek	Celltrion Amgen Biocon	02558270 02544202 02562081
		Sol. Inj. S.C. (ser)	45 mg/0,5 mL	Jamteki Otulfi Steqeyma Wezlana Yesintek	Jamp Fresenius Celltrion Amgen Biocon	02543036 02554283 02550245 02544180 99114530
		Sol. Inj. S.C. (ser)	90 mg/1 mL	Jamteki Otulfi Steqeyma Wezlana Yesintek	Jamp Fresenius Celltrion Amgen Biocon	02543044 02554291 02550253 02544199 02562103
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	45 mg/0,5 mL	Wezlana	Amgen	02553317
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	90 mg/1 mL	Wezlana	Amgen	02553309
		Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL (26 mL)	Otulfi Yesintek	Fresenius Biocon	02554305 02562111

90:24.28 ANTICORPS MONOCLONAUX IGG1

ANIFROLUMAB 		Sol. Perf. I.V.	150 mg/mL (2 mL)	Saphnelo	AZC	02522845

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:24.28 ANTICORPS MONOCLONAUX IGG1 (suite)

BÉLIMUMAB 		Pd. Perf. I.V.	120 mg	Benlysta	GSK	02370050
		Pd. Perf. I.V.	400 mg	Benlysta	GSK	02370069
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	200 mg/ml (1 ml)	Benlysta	GSK	02470489

90:24.92 MÉDICAMENTS ANTIRHUMATISMAUX MODIF.MALADIE, DIVERS

VEDOLIZUMAB 		Pd. Perf. I.V.	300 mg	Entyvio	Takeda	02436841
		Sol. Inj. S.C.	108 mg/0,68 mL	Entyvio (seringue) Entyvio (stylo)	Takeda Takeda	02497875 02497867

90:28 THÉRAPIE IMMUNOSUPPRESSIVE

AZATHIOPRINE 	Co.	50 mg	Apo-Azathioprine Imuran Teva-Azathioprine	Apotex Aspen Teva Can	02242907 00004596 02236819
BASILIXIMAB 	 Pd. Inj. I.V.	20 mg	Simulect	Novartis	02242815
CYCLOSPORINE 	Caps.	10 mg	Neoral	Novartis	02237671
	Caps.	25 mg	Neoral Sandoz Cyclosporine	Novartis Sandoz	02150689 02247073
	Caps.	50 mg	Neoral Sandoz Cyclosporine	Novartis Sandoz	02150662 02247074
	Caps.	100 mg	Neoral Sandoz Cyclosporine	Novartis Sandoz	02150670 02242821
	Sol. Orale	100 mg/mL	Neoral	Novartis	02150697
	Sol. Perf. I.V.	50 mg/mL	Sandimmune	Novartis	00593257
MYCOPHÉNOLATE MOFÉTIL 	Caps.	250 mg	Apo-Mycophenolate Cellcept	Apotex Roche	02352559 02192748
			Jamp-Mycophenolate	Jamp	02386399
			Mofétilmycophénolate	Accord	02383780
			Mycophenolate Mofetil	Sanis	02457369
			Sandoz Mycophenolate	Sandoz	02320630
			Mofetil		
			Teva-Mycophenolate	Teva Can	02364883
	Co.	500 mg	Apo-Mycophenolate Cellcept	Apotex Roche	02352567 02237484
			Jamp-Mycophenolate	Jamp	02380382
			Mofétilmycophénolate	Accord	02378574
			Mycophenolate Mofetil	Sanis	02457377
			Sandoz Mycophenolate	Sandoz	02313855
			Mofetil		
			Taro-Mycophenolate	Sun Pharma	02389754
			Teva-Mycophenolate	Teva Can	02348675
Susp. Orale	200 mg/mL	Cellcept Mar-Mycophenolate Mofetil	Roche Marcan	02242145 02522233	
MYCOPHÉNOLATE SODIQUE 	Co. Ent.	180 mg	Apo-Mycophenolic Acid Mar-Mycophenolic Acid Mycophenolic Acid Myfortic	Apotex Marcan Jamp Novartis	02372738 02511673 02518538 02264560
	Co. Ent.	360 mg	Apo-Mycophenolic Acid Mar-Mycophenolic Acid Mycophenolic Acid Myfortic	Apotex Marcan Jamp Novartis	02372746 02511681 02518511 02264579

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

90:28 THÉRAPIE IMMUNOSUPPRESSIVE (suite)

SÉRUM ANTITHYMOCYTES (ÉQUIN) 	Sol. Inj. I.V.	50 mg/mL	Atgam	Pfizer	02234470
SIROLIMUS 	Co.	1 mg	Rapamune	Pfizer	02247111
	Sol. Orale	1 mg/mL	Rapamune	Pfizer	02243237

90:28.16 AGENTS INHIBITEURS DE L'INTERLEUKINE

OMALIZUMAB 	 Sol. Inj. S.C. (ser)	150 mg/mL (0,5 mL)	Omlyclo	Celltrion	02553805
	 Sol. Inj. S.C. (ser)	150 mg/mL (1 mL)	Omlyclo	Celltrion	02553813
	 Sol. Inj. S.C. (ser)	150 mg/mL (2 mL)	Omlyclo	Celltrion	02565013
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	150 mg/mL (0,5 mL)	Omlyclo	Celltrion	02561018
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	150 mg/mL (1 mL)	Omlyclo	Celltrion	02561026
	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	150 mg/mL (2 mL)	Omlyclo	Celltrion	02565021

90:28.28 INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE

TACROLIMUS 	Caps.	0,5 mg	ACH-Tacrolimus Prograf Sandoz Tacrolimus	Accord Astellas Sandoz	02454068 02243144 02416816
	Caps.	1 mg	ACH-Tacrolimus Prograf Sandoz Tacrolimus	Accord Astellas Sandoz	02456095 02175991 02416824
	Caps.	5 mg	ACH-Tacrolimus Prograf Sandoz Tacrolimus	Accord Astellas Sandoz	02456109 02175983 02416832
	Caps. L.A.	0,5 mg	Advagraf Sandoz Tacrolimus XR	Astellas Sandoz	02296462 02528592
	Caps. L.A.	1 mg	Advagraf Sandoz Tacrolimus XR	Astellas Sandoz	02296470 02528606
	Caps. L.A.	3 mg	Advagraf Sandoz Tacrolimus XR	Astellas Sandoz	02331667 02528622
	Caps. L.A.	5 mg	Advagraf Sandoz Tacrolimus XR	Astellas Sandoz	02296489 02528630
	Co. L.A.	0,75 mg	Envarsus PA	Paladin	02485877
	Co. L.A.	1 mg	Envarsus PA	Paladin	02485885
	Co. L.A.	4 mg	Envarsus PA	Paladin	02485893
	Sol. Inj.	5 mg/mL	Prograf	Astellas	02176009

91:00

antidotes thérapeutiques

91:02

dissuasifs contre l'alcool

91:04

antidotes

91:04.12

antidotes/protecteurs de chimiothérapie

91:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

91:02 DISSUASIFS CONTRE L'ALCOOL

ACAMPROSATE 	Co. L.A.	333 mg	Campral	Mylan	02293269

91:04 ANTIDOTES

BLEU DE MÉTHYLÈNE	Sol. Inj.	10 mg/mL	Bleu de Méthylène Bleu de méthylène injectable	Oméga Phebra	02230770 02487993

FOLINIQUE (ACIDE) 	Sol. Inj.	10 mg/mL	Leucovorine Leucovorine Leucovorine Calcique	Novopharm Pfizer Pfizer	02087316 02183005 02182998

THIOSULFATE DE SODIUM 	Sol. Inj.	25 %	Thiosulfate de sodium Thiosulfate de sodium injectable	Pfizer Avir	02137186 02428393

91:04.12 ANTIDOTES/PROTECTEURS DE CHIMIOTHÉRAPIE

DEXRAZOXANE 	Pd. Inj. I.V.	250 mg	Dexrazoxane pour injection Zinecard	Juno Pfizer	02544083 02153432

FOLINIQUE (ACIDE) 	Co.	5 mg	JAMP Leucovorin Leucovorin Mint-Leucovorin Riva Leucovorin	Jamp Pfizer Mint Riva	02548208 02170493 02496828 02493357

92:00

divers agents thérapeutiques

92:04	inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
92:16	agents antigoutteux
92:18	oligonucléotides antisens
92:20	agents immunomodulateurs
92:24	inhibiteurs de la résorption osseuse
92:28	agents cariostatiques
92:32	inhibiteurs du complément
92:44	agents immunosuppresseurs
92:56	agents protecteurs
92:92	autres agents thérapeutiques

92:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

92:00 DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES

ALLERGÈNES (EXTRAITS POUR DIAGNOSTIC)	Sol. Cuti-Réaction		Extraits d'Allergènes pour Diagnostic	Oméga	00955957
DILUANT À L'ALBUMINE	Sol.	0,03 %	Diluant albumine	ALK-Abello	02283735
PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES (EXTRAITS POUR DIAGNOSTIC)	Sol. Cuti-Réaction		Extraits d'hyménoptères pour diagnostic	Oméga	00895563

92:04 INHIBITEURS DE LA 5-ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE	Caps.	0,5 mg	AG-Dutasteride	Angita	02485672
			Apo-Dutasteride	Apotex	02404206
			Auro-Dutasteride	AuroPharma	02469308
			Avodart	GSK	02247813
			Dutasteride	Sanis	02443058
			Dutasteride	Sivem	02429012
			JAMP Dutasteride	Jamp	02546167
			Jamp-Dutasteride	Jamp	02484870
			Med-Dutasteride	GMP	02416298
			Mint-Dutasteride	Mint	02428873
			NRA-Dutasteride	Nora	02490587
			pms-Dutasteride	Phmscience	02393220
			Riva-Dutasteride	Riva	02427753
			Sandoz Dutasteride	Sandoz	02424444
			Teva-Dutasteride	Teva Can	02408287
FINASTÉRIDE	Co.	5 mg	AG-Finasteride	Angita	02374404
			Apo-Finasteride	Apotex	02365383
			Auro-Finasteride	AuroPharma	02405814
			Bio-Finasteride	Biomed	02527847
			Finasteride	Accord	02355043
			Finasteride	Sanis	02445077
			Finasteride	Sivem	02447541
			Jamp-Finasteride	Jamp	02357224
			M-Finasteride	Mantra Ph.	02522489
			Mint-Finasteride	Mint	02389878
			Novo-Finasteride	Teva Can	02348500
			NRA-Finasteride	Nora	02535637
			pms-Finasteride	Phmscience	02310112
			Proscar	Organon	02010909
			Riva-Finasteride	Riva	02455013
			Sandoz Finasteride	Sandoz	02322579

92:16 AGENTS ANTIGOUTTEUX

ALLOPURINOL	Co.	100 mg	Apo-Allopurinol	Apotex	02402769
			Apo-Allopurinol Tablets	Apotex	00402818
			Jamp-Allopurinol	Jamp	02421593
			Mar-Allopurinol	Marcan	02396327
	Co.	200 mg	Apo-Allopurinol	Apotex	02402777
			Apo-Allopurinol Tablets	Apotex	00479799
			Jamp-Allopurinol	Jamp	02421607
			Mar-Allopurinol	Marcan	02396335
	Co.	300 mg	Apo-Allopurinol	Apotex	02402785
			Apo-Allopurinol Tablets	Apotex	00402796
			Jamp-Allopurinol	Jamp	02421615
			Mar-Allopurinol	Marcan	02396343
COLCHICINE	Co.	0,6 mg	Colchicine	Odan	00572349
			Jamp-Colchicine	Jamp	02373823
			pms-Colchicine	Phmscience	02402181
			Sandoz Colchicine	Sandoz	00287873

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

92:16 AGENTS ANTIGOUTTEUX (suite)

FEBUXOSTAT 	 Co.	80 mg	Auro-Febuxostat	AuroPharma	02533243
			Febuxostat	Sanis	02539837
			Jamp-Febuxostat	Jamp	02490870
			Mar-Febuxostat	Marcan	02473607
			M-Febuxostat	Mantra Ph.	02549425
			Teva-Febuxostat	Teva Can	02466198

92:18 OLIGONUCLÉOTIDES ANTISENS

ÉPLONTERSEN 	 Sol. Inj. S.C. (stylo)	56 mg/mL (0,8 mL)	Wainua	AZC	02548909
NUSINERSEN 	 Sol. Inj. Intrathécale	2,4 mg/mL (5 mL)	Spinraza	Biogen	02465663

92:20 AGENTS IMMUNOMODULATEURS

FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE) 	 Caps.	0,5 mg	Apo-Fingolimod	Apotex	02469936
			Gilenya	Novartis	02365480
			Jamp Fingolimod	Jamp	02487772
			Mar-Fingolimod	Marcan	02474743
			pms-Fingolimod	Phmscience	02469782
			Sandoz Fingolimod	Sandoz	02482606
			Taro-Fingolimod	Taro	02469618
			Teva-Fingolimod	Teva Can	02469561
INTERFÉRON BÊTA-1A 	 Sol. Inj. I.M.	30 mcg (6 MUI)	Avonex Pen	Biogen	99100763
			Avonex PS	Biogen	02269201
	 Sol. Inj. S.C.	22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	Rebif	Serono	02318253
	 Sol. Inj. S.C.	44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	Rebif	Serono	02318261
	 Sol. Inj. S.C. (ser)	22 mcg (6 MUI)	Rebif	Serono	02237319
	 Sol. Inj. S.C. (ser)	44 mcg (12 MUI)	Rebif	Serono	02237320
INTERFÉRON BÊTA-1B 	 Pd. Inj.	0,3 mg	Betaseron Extavia	Bayer Novartis	02169649 02337819
OCRÉLIZUMAB 	 Sol. Perf. I.V.	30 mg/mL (10 mL)	Ocrevus	Roche	02467224
OFATUMUMAB 	 Sol. Inj. S.C.	20 mg/0,4 mL	Kesimpta (stylo)	Novartis	02511355
OZANIMOD (CHLORHYDRATE D') 	 Caps.	0,92 mg	Zeposia	Celgene	02505991
	 Trouse (orale solide)	0,23 mg (4 caps.) et 0,46 mg (3 caps.)	Zeposia	Celgene	02506009
SATRALIZUMAB 	 Sol. Inj. S.C.	120 mg/mL	Enspryng (seringue)	Roche	02499681
SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE) 	 Co.	0,25 mg	Mayzent	Novartis	02496429
	 Co.	2 mg	Mayzent	Novartis	02496437
TÉRIFLUNOMIDE 	 Co.	14 mg	Apo-Teriflunomide	Apotex	02500639
			Jamp Teriflunomide	Jamp	02504170
			Mar-Teriflunomide	Marcan	02500469
			M-Teriflunomide	Mantra Ph.	02523833
			NAT-Teriflunomide	Natco	02500310
			pms-Teriflunomide	Phmscience	02500434
			Sandoz Teriflunomide	Sandoz	02505843
			Teva-Teriflunomide	Teva Can	02501090

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

92:20 AGENTS IMMUNOMODULATEURS (suite)

THALIDOMIDE 	 Caps.	50 mg	<i>Thalomid</i>	Celgene	02355191
	 Caps.	100 mg	<i>Thalomid</i>	Celgene	02355205

92:24 INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION OSSEUSE

ALENDRONATE MONOSODIQUE 	Co.	5 mg	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	02381478
	Co.	10 mg	<i>Alendronate monosodique Auro-Alendronate</i>	Accord AuroPharma	02381486 02388545
ALENDRONATE MONOSODIQUE 	Co.	70 mg	<i>AG-Alendronate</i>	Angita	02485184
			<i>AG-Alendronate Sodium</i>	Angita	02506327
			<i>Alendronate</i>	Sanis	02352966
			<i>Alendronate</i>	Sivem	02299712
			<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	02381494
			<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	02248730
			<i>Auro-Alendronate</i>	AuroPharma	02388553
			<i>Fosamax</i>	Organon	02245329
			<i>Jamp Alendronate So- dium</i>	Jamp	02500175
			<i>Jamp-Alendronate</i>	Jamp	02385031
			<i>M-Alendronate</i>	Mantra Ph.	02529394
			<i>Mint-Alendronate</i>	Mint	02394871
			<i>NRA-Alendronate</i>	Nora	02523116
			<i>pms-Alendronate FC</i>	Phmscience	02284006
			<i>Riva-Alendronate</i>	Riva	02270889
			<i>Sandoz Alendronate</i>	Sandoz	02288109
			<i>Teva-Alendronate</i>	Teva Can	02261715
ALENDRONATE/CHOLÉCALCIFÉROL 	Co.	70 mg - 140 mcg (5 600 UI)	<i>Apo-Alendronate/Vitamin D3</i>	Apotex	02454475
			<i>Fosavance</i>	Organon	02314940
			<i>Jamp Alendronate / Vita- min D3</i>	Jamp	02519836
CLODRONATE DISODIQUE 	Caps.	400 mg	<i>Clasteon</i>	Knight	02245828
PAMIDRONATE DISODIQUE 	Sol. Perf. I.V.	3 mg/mL (10 mL)	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	02244550
			<i>Pamidronate Disodium In- jection</i>	Fresenius	02246597
	Sol. Perf. I.V.	6 mg/mL (10 mL)	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	02244551
			<i>Pamidronate Disodium In- jection</i>	Fresenius	02246598
			<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	02249677
	Sol. Perf. I.V.	9 mg/mL (10 mL)	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	02244552
			<i>Pamidronate Disodium In- jection</i>	Fresenius	02246599
			<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	02249685

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

92:24 INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION OSSEUSE (suite)

RISÉDRONATE SODIQUE 		Co.	5 mg	<i>Teva-Risedronate</i>	Teva Can	02298376
		Co.	30 mg	<i>Teva-Risedronate</i>	Teva Can	02298384
		Co.	35 mg	<i>Actonel</i>	AbbVie	02246896
				<i>Apo-Risedronate</i>	Apotex	02353687
				<i>Auro-Risedronate</i>	AuroPharma	02406306
				<i>pms-Risedronate</i>	Phmscience	02302209
				<i>Risedronate</i>	Sanis	02370255
				<i>Risedronate</i>	Sivem	02411407
				<i>Riva-Risedronate</i>	Riva	02341077
				<i>Sandoz Risedronate</i>	Sandoz	02327295
			<i>Teva-Risedronate</i>	Teva Can	02298392	
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE) 		Sol. Perf. I.V.	4 mg/5 mL	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Dr Reddy's	02422425
				<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Juno	02444739
				<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Marcan	02472805
				<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Taro	02415186
				<i>Acide zolédronique-Z</i>	Sandoz	02401606
				<i>Jamp-Zoledronic Acid</i>	Jamp	02482525
				<i>Zometa</i>	Novartis	02248296
		Sol. Perf. I.V.	5 mg/ 100 mL	<i>Acide zolédronique injectable</i>	Dr Reddy's	02422433
				<i>Aclasta</i>	Sandoz	02269198

92:28 AGENTS CARIOSTATIQUES

FLUORURE DE SODIUM	Co. Croq.	2,2 mg (F-1 mg)	<i>Fluor-A-Day</i>	Phmscience	00575569

92:32 INHIBITEURS DU COMPLÉMENT

BÉROTRALSTAT 		Caps.	150 mg	<i>Orladeyo</i>	Biocryst	02527693
ÉCULIZUMAB 		Sol. Perf. I.V.	10 mg/mL (30 mL)	<i>Soliris</i>	Alexion	02322285
ICATIBANT (ACÉTATE D') 		Sol. Inj. S.C. (ser)	10 mg/mL (3 mL)	<i>Firazyr</i> <i>Icatibant injectable</i>	Takeda Jamp	02425696 02547562
PEGCÉTACOPLAN 		Sol. Perf. S. C.	54 mg/mL (20 mL)	<i>Empaveli</i>	SOBI	02533294

92:44 AGENTS IMMUNOSUPPRESSEURS

MÉPOLIZUMAB 		Sol. Inj. S.C. (ser)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Nucala</i>	GSK	02492997
		Sol. Inj. S.C. (stylo)	100 mg/mL (1 mL)	<i>Nucala</i>	GSK	02492989

92:56 AGENTS PROTECTEURS

DEXRAZOXANE 	Pd. Inj. I.V.	500 mg	<i>Zinecard</i>	Pfizer	02153440
MESNA 	Sol. I.V. ou Orale	100 mg/mL	<i>Mesna</i> <i>Uromitexan</i>	Fresenius Baxter	02244931 02241411

92:92 AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

ACIDES AMINÉS/ÉLECTROLYTES/ DEXTROSE/LIPIDES 	Emuls. Inj.	3,2 % - 0,4 % - 7,1 % - 2,8 %	<i>SmofKabiven Peripheral</i>	Fresenius	02456206

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

92:92 AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES (suite)

ALCOOL ABSOLU		Liq. Inj.		<i>Alcool Absolu</i>	Abbott	00537640
BÉLUMOSUDIL (MÉSYLATE DE)		Co.	200 mg	<i>Rezurock</i>	SanofiAven	02526115
BÉTAÏNE (ANHYDRE)		Pd. Orale	1 g/1,7 mL	<i>Cystadane</i>	RRDC	02238526
CYPROTÉRONNE (ACÉTATE DE)		Co.	50 mg	<i>Androcur</i> <i>Cyprotérone</i> <i>Med-Cyproterone</i> <i>Riva-Cyproterone</i>	Amdipharm AA Pharma GMP Riva	00704431 02245898 02390760 02395797
CYSTÉAMINE (BITARTRATE DE)		Caps. L.A.	25 mg	<i>Procysbi</i>	Amgen	02464705
		Caps. L.A.	75 mg	<i>Procysbi</i>	Amgen	02464713
GIVOSIRAN		Sol. Inj. S.C.	189 mg/mL	<i>Givlaari</i>	Alnylam	02506343
LACTOSE		Co.	100 mg	<i>Placébo</i>	Odan	00501190
LUMASIRAN SODIQUE		Sol. Inj. S.C.	94,5 mg/0,5 mL	<i>Oxlumo</i>	Alnylam	02525755
MIGALASTAT		Caps.	123 mg	<i>Galafold</i>	Amicus	02468042
NITISINONE		Caps.	2 mg	<i>MDK-Nitisinone</i> <i>Orfadin</i>	MDK SOBI	02457717 02459698
		Caps.	5 mg	<i>MDK-Nitisinone</i> <i>Orfadin</i>	MDK SOBI	02457725 02459701
		Caps.	10 mg	<i>MDK-Nitisinone</i> <i>Orfadin</i>	MDK SOBI	02457733 02459728
		Caps.	20 mg	<i>MDK-Nitisinone</i> <i>Orfadin</i>	MDK SOBI	02470055 02459736
		Co.	2 mg	<i>Comprimés de Nitisinone</i>	Cycle	02458616
		Co.	5 mg	<i>Comprimés de Nitisinone</i>	Cycle	02458624
		Co.	10 mg	<i>Comprimés de Nitisinone</i>	Cycle	02458632
PATISIRAN		Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL (5 mL)	<i>Onpatro</i>	Alnylam	02489252
PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE)		Caps.	100 mg	<i>Elmiron</i>	Janss. Inc	02029448
RISDIPLAM		Co.	5 mg	<i>Evrysdi</i>	Roche	02560747
		Pd. Orale	60 mg (0,75 mg/mL)	<i>Evrysdi</i>	Roche	02514931
SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE)		Co.	100 mg	<i>Kuvan</i>	Biomarin	02350580
VUTRISIRAN		Sol. Inj. S.C. (ser)	50 mg/mL (0,5 mL)	<i>Amvuttra</i>	Alnylam	02542420

94:00
appareils

94:32	hôpital général et usage personnel
94:32.20	appareils thérapeutiques

94:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM

Mèche	1 m	Mesalt (1 m)	Mölnlycke	00920525
Pans.	100 cm² à 200 cm² (surface active)	Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Mölnlycke	00899496
Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	Curity Pansement au chlorure de sodium (15 cm x 17 cm - 225 cm²)	Covidien	99004712
Pans.	Moins de 100 cm² (surface active)	Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)	Mölnlycke	00899429
		Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)	Mölnlycke	00899518

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Mèche	30 cm à 90 cm	Algisite M 30 cm	S. & N.	99003260
		Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)	Convatec	99100955
		Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)	Convatec	99001705
		Biatain Alginate (3 cm x 44 cm)	Coloplast	99100155
		Exufiber (2 cm x 45 cm)	Mölnlycke	99101379
		Kaltostat 40 cm	Convatec	00898899
		Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)	Medline	99100659
		Melgisorb Plus 45 cm	Mölnlycke	99003015
		Pansement à l'alginate de calcium 30 cm	Covidien	99100100
		Pansement à l'alginate de calcium 60 cm	Covidien	99100101
		Pansement à l'alginate de calcium 90 cm	Covidien	99100102
Pans.	100 cm² à 200 cm² (surface active)	Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Convatec	99101009
		Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Convatec	99100975
		Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²)	Convatec	99101232
		Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Convatec	99001772
		Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Coloplast	99100153
		Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Mölnlycke	99101377
		Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)	Convatec	00898643
		Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2 cm x 14 cm - 143 cm²)	Covidien	99101217
		Kendall Pans. sup. alg. calcium (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)	Covidien	99101224
		Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)	Covidien	99101216
		Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)	Medline	99100656
		Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Mölnlycke	99003007
		Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)	Mölnlycke	99003023
		Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x10-100 cm²	3M	99003481
		Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x20-200 cm²	3M	99100285
		Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)	Convatec	99100467

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	<i>Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	S. & N.	99003279
		<i>Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99101010
		<i>Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99100932
		<i>Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	99100931
		<i>Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	99100934
		<i>Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99001764
		<i>Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99100891
		<i>Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99101378
		<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 20,3cm-207 cm²)</i>	Covidien	99101218
		<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)</i>	Covidien	99101219
		<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i>	Medline	99100657
		<i>Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99100468
		<i>Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	99100472
Pans.	Moins de 100 cm² (surface active)	<i>Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	99101133
		<i>Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	99100937
		<i>Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	99001780
		<i>Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Coloplast	99100156
		<i>Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	99101380
		<i>Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	00898627
		<i>Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	00898635
		<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm²)</i>	Covidien	99101221
		<i>Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)</i>	Medline	99100658
		<i>Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	99003066
		<i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	99100466
Pans.	Plus de 500 cm² (surface active)	<i>Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)</i>	Convatec	99100888
		<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)</i>	Covidien	99101220

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Pans.	100 cm² à 200 cm² (surface active)	<i>Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	99100537
		<i>Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	99100475
		<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	00907863
		<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	00920738
		<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	99100135
		<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	99100601
		<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	99114022
		<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	99114054
		<i>Biatain Silicone Non-Border (12.5 cm x 12.5 cm - 156.25 cm²)</i>	Coloplast	99114024
		<i>Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)</i>	Convatec	99002787
		<i>Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	99100794
		<i>Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	99100744
		<i>Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	BSN Med	99100745
		<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	99101206
		<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	BSN Med	99101207
		<i>Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm - 161 cm²)</i>	Covidien	99101188
		<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Covidien	99004801
		<i>Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	99003244
		<i>Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>	Mölnlycke	99003252
		<i>Mepilex Up (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	99114550
		<i>Mepilex Up (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Mölnlycke	99114551
		<i>Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	99101382
		<i>Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²)</i>	Mölnlycke	99101383
		<i>Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²)</i>	Medline	99100664
		<i>Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>	Medline	99100666
		<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm²</i>	3M	99100193
		<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²</i>	3M	99100889
		<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Urgo	99100708

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	<i>Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99100536
		<i>Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	99100535
		<i>Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99002949
		<i>Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	00907855
		<i>Biatain Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99100571
		<i>Biatain Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	99100603
		<i>Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99114025
		<i>Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	99114055
		<i>Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)</i>	Convatec	99005034
		<i>Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	99100793
		<i>Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	99100746
		<i>Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	99100747
		<i>Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	99101208
		<i>Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	99101209
		<i>Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i>	Covidien	99101187
		<i>Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>	Covidien	99101189
		<i>Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm²)</i>	Covidien	99101190
		<i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99100602
		<i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	99003538
		<i>Mepilex Up (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99114552
		<i>Mepilex Up (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	99114553
		<i>Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99101384
		<i>Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	99101385
		<i>Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>	Medline	99100667
		<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²</i>	3M	99100196
		<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Urgo	99100709

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	Moins de 100 cm ² (surface active)	<i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	99100570
		<i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	00920711
		<i>Biatain Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	99100599
		<i>Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²)</i>	Coloplast	99114027
		<i>Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²)</i>	Coloplast	99114028
		<i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	99004534
		<i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	99100743
		<i>Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	99101210
		<i>Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Covidien	99101191
		<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Covidien	99004852
		<i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Medline	99100665
Pans.	Plus de 500 cm ² (surface active)	<i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	99100604
		<i>Mepilex Up (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	99114554
		<i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)</i>	Mölnlycke	99101386
		<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²</i>	3M	99100195
Pans.	Sacrum ou triangulaire	<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)</i>	Coloplast	99101388
		<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)</i>	Coloplast	99101389
Pans. mince	100 cm ² à 200 cm ² (surface active)	<i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	99100749
		<i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	99100133
Pans. mince	201 cm ² à 500 cm ² (surface active)	<i>Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	99100750
		<i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99100134
Pans. mince	Moins de 100 cm ² (surface active)	<i>Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	99100748
		<i>Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)</i>	Mölnlycke	99100132
Pans. mince	Plus de 500 cm ² (surface active)	<i>Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	99100605
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES	Pans.	<i>Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²)</i>	Convatec	99101213
		<i>Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²)</i>	Convatec	99101214
		<i>Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)</i>	Convatec	99100944
		<i>Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Convatec	99113984
		<i>Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)</i>	Convatec	99100469
		<i>Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)</i>	Convatec	99100470

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)	Convatec	99100942
		Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)	Convatec	99100943
		Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)	Convatec	99100471
Pans.	Moins de 100 cm² (surface active)	Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)	Convatec	99100976
		Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²)	Convatec	99101212
		Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)	Convatec	99100977
		Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²)	Convatec	99101185
		Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)	Convatec	99113979
		Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm²)	Convatec	99113983
		Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)	Convatec	99100464
Pans.	Sacrum	Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²)	Convatec	99100945
		Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm²)	Convatec	99113981
		Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm²)	Convatec	99113982
		Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)	Convatec	99100465
Pans.	100 cm² à 200 cm² (surface active)	Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)	S. & N.	99001667
		Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)	S. & N.	99004585
		Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)	S. & N.	99100476
		Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)	Coloplast	99100139
		Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)	Coloplast	99100654
		Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)	Coloplast	99100742
		Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)	Convatec	99005026
		Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)	BSN Med	99100752
		Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)	BSN Med	99100753
		Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)	Mölnlycke	99110093
		Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)	Mölnlycke	99109793
		Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)	Mölnlycke	99114262
		Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)	Medline	99100661
		Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²	3M	99100199
		Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²	3M	99100854
		UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)	Urgo	99101337

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	<i>Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99001659
		<i>Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	99001896
		<i>Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99100477
		<i>Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm²)</i>	S. & N.	99114249
		<i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99004526
		<i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)</i>	BSN Med	99100754

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	Moins de 100 cm ² (surface active)	<i>Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	99001713
		<i>Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)</i>	S. & N.	99100474
		<i>Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm²)</i>	S. & N.	99114245
		<i>Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm²)</i>	S. & N.	99114246
		<i>Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm²)</i>	S. & N.	99114247
		<i>Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)</i>	Coloplast	99100612
		<i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	99100137
		<i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)</i>	Coloplast	99100613
		<i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Coloplast	99100820
		<i>Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²)</i>	Coloplast	99101375
		<i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	99100653
		<i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	99004968
		<i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)</i>	Convatec	99001853
		<i>Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²)</i>	BSN Med	99101205
		<i>Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	BSN Med	99100751
		<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²)</i>	Mölnlycke	99109593
		<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>	Mölnlycke	99114263
		<i>Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²)</i>	Mölnlycke	99109693
		<i>Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	Mölnlycke	99109893
		<i>Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>	Mölnlycke	99114261
		<i>Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm²)</i>	Mölnlycke	99114260
		<i>Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm²)</i>	Mölnlycke	99114259
		<i>Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²)</i>	Medline	99100660
		<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm²</i>	3M	99100198
		<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm²</i>	3M	99100853
		<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm²</i>	3M	99100197
		<i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Urgo	99101310
		<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)</i>	Urgo	99101309

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	Sacrum ou triangulaire	<i>Allevyn Life Sacrum</i> (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm ²)	S. & N.	99114250
		<i>Allevyn Life Sacrum</i> (21,6 cm x 23 cm - 182 cm ²)	S. & N.	99114251
		<i>Allevyn Sacrum</i> (17 cm x 17 cm - 123 cm ²)	S. & N.	99004259
		<i>Allevyn Sacrum</i> (23 cm x 23 cm - 237 cm ²)	S. & N.	99002957
		<i>Biatain Adhésif Sacrum</i> (23 cm x 23 cm - 123 cm ²)	Coloplast	99101315
		<i>Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)</i>	Convatec	99005018
		<i>Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	99100105
		<i>Mepilex Border Sacrum</i> (16 cm x 20 cm - 120 cm ²)	Mölnlycke	99100447
		<i>Mepilex Border Sacrum</i> (22 cm x 25 cm - 240 cm ²)	Mölnlycke	99100448
		<i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum)</i> (20 cm x 20 cm - 154 cm ²)	Urgo	99101316
Pans. mince	100 cm ² à 200 cm ² (surface active)	<i>Allevyn Gentle Border Lite</i> (15 cm x 15 cm - 146 cm ²)	S. & N.	99100887
		<i>Foam Lite Convatec</i> (15 cm x 15 cm - 121 cm ²)	Convatec	99101328
Pans. mince	Moins de 100 cm ² (surface active)	<i>Allevyn Gentle Border Lite</i> (10 cm x 10 cm - 52 cm ²)	S. & N.	99100886
		<i>Allevyn Gentle Border Lite</i> (5,5 cm x 12 cm - 27 cm ²)	S. & N.	99100885
		<i>Allevyn Gentle Border Lite</i> (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm ²)	S. & N.	99100884
		<i>Biatain Silicone Lite</i> (10 cm x 10 cm - 36 cm ²)	Coloplast	99100952
		<i>Biatain Silicone Lite</i> (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²)	Coloplast	99100890
		<i>Biatain Silicone Lite</i> (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm ²)	Coloplast	99101211
		<i>Foam Lite Convatec</i> (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²)	Convatec	99101327
		<i>Foam Lite Convatec</i> (10 cm x 20 cm - 97,5 cm ²)	Convatec	99101893
		<i>Foam Lite Convatec</i> (5,5 cm x 12 cm - 24 cm ²)	Convatec	99101329
		<i>Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	99101326

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT	☞	Pans.	100 cm² à 200 cm² (surface active)	<i>Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	99100559
				<i>Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	99100456
				<i>Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	99100953
				<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	99100998
				<i>Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	99101228
				<i>Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	99100324
				<i>Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	99100325
				<i>Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	99100541
				<i>Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	99101452
				<i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	99100545
				<i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	99100366
				<i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>	Mölnlycke	99100367
				<i>Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Medline	99100663
				<i>Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	3M	99100288
				<i>Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	3M	99100289
				<i>Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	3M	99101346
				<i>Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	3M	99101347
				<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Urgo	99100562
				<i>UrgoTul Ag (10 cm x 12 cm - 120 cm²)</i>	Urgo	99114365

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

☞	Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	<i>Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99100560
			<i>Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	99100561
			<i>Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99100455
			<i>Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	99100457
			<i>Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)</i>	Convatec	99100326
			<i>Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99100954
			<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99101000
			<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	99101001
			<i>Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	99101005
			<i>Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	99101229
			<i>Biatain Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99100595
			<i>Biatain Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	99100329
			<i>Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99114020
			<i>Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99101381
			<i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99100543
			<i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	99100368
			<i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	99100369
			<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	99100825
			<i>UrgoTul Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	99114366
☞	Pans.	Moins de 100 cm² (surface active)	<i>Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	99100557
			<i>Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	99100450
			<i>Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	99100338
			<i>Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	99100974
			<i>Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	99101006
			<i>Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	99101231
			<i>Biatain Ag Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	99100594
			<i>Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Coloplast	99114021
			<i>Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	99101454
			<i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	99100544
			<i>Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	99100287
			<i>Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	99101348

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

	☞ Pans.	Plus de 500 cm ² (surface active)	<i>Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm²)</i>	S. & N.	99100235
			<i>Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	99100236
			<i>Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	99100593
			<i>Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)</i>	Convatec	99100328
			<i>Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	99100973
			<i>Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	99101230
			<i>Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	99101453
			<i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	99100596
	☞ Pans.	Sacrum ou triangulaire	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i>	S. & N.	99100451
			<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i>	S. & N.	99100452
			<i>Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)</i>	Convatec	99101094
			<i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)</i>	Mölnlycke	99100800
			<i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	99100801
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - CHLORHEXIDINE (ACÉTATE DE)	Tulle	0,5 % (5 cm x 5 cm)	<i>Bactigras</i>	S. & N.	99114490
	Tulle	0,5 % (10 cm x 10 cm)	<i>Bactigras</i>	S. & N.	99114491
	Tulle	0,5 % (15 cm x 20 cm)	<i>Bactigras</i>	S. & N.	99114492
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE	☞ Pâte		<i>Iodosorb</i>	S. & N.	99100098
	Pd.	3g	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	99114248
	☞ Pom. Top.		<i>Iodosorb</i>	S. & N.	99100099
PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT	☞ Pans.	100 cm ² à 200 cm ² (surface active)	<i>Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	99100453
			<i>Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	99100564
			<i>Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)</i>	Convatec	99101002
			<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)</i>	Coloplast	99113835
			<i>Biatain Silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)</i>	Coloplast	99101274
			<i>Biatain Silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)</i>	Coloplast	99101277
			<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)</i>	Mölnlycke	99100799
			<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	99100712
			<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)</i>	Mölnlycke	99100713

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

	Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	<i>Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99100454
			<i>Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	99100565
			<i>Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	99101007
			<i>Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)</i>	Convatec	99101008
	Pans.	Moins de 100 cm² (surface active)	<i>Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	99100449
			<i>Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	99100563
			<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	99101003
			<i>Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)</i>	Convatec	99101091
			<i>Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)</i>	Convatec	99101092
			<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)</i>	Coloplast	99100926
			<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)</i>	Coloplast	99113834
			<i>Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	99100927
			<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i>	Mölnlycke	99100710
			<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>	Mölnlycke	99100798
			<i>Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	99100711
			<i>Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)</i>	Medline	99100662
	Pans.	Sacrum ou triangulaire	<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)</i>	Coloplast	99113836
			<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (25 cm x 25 cm - 289 cm²)</i>	Coloplast	99113837
PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ	Pans.	100 cm² à 200 cm² (surface active)	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)</i>	3M	99001802
			<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)</i>	3M	99001810
	Pans.	Moins de 100 cm² (surface active)	<i>Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²)</i>	3M	99100103
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	Pans.	100 cm² à 200 cm² (surface active)	<i>Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	99100609
			<i>DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	00899666
			<i>DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²)</i>	Convatec	99004984
			<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate (12,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>	Covidien	99004720

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

Pans.	201 cm² à 500 cm² (surface active)	<i>Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99100610
		<i>Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	99100611
		<i>DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	00899674
		<i>DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	00801046
		<i>DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	00899682
		<i>DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²)</i>	Convatec	99004992
		<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate (15,2cm x 20,3cm-309cm²)</i>	Covidien	99004747
		<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate (20,3cm x 20,3cm-412cm²)</i>	Covidien	99004755
Pans.	Moins de 100 cm² (surface active)	<i>Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)</i>	Coloplast	99100608
		<i>DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²)</i>	Convatec	99004976
Pans.	Plus de 500 cm² (surface active)	<i>DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	00800988
Pans.	Sacrum ou triangulaire	<i>Comfeel Plus Sacrum (18 cm x 20 cm - 180 cm²)</i>	Coloplast	99100148
		<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²)</i>	Convatec	00907758
		<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²)</i>	Convatec	00907782
		<i>DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²)</i>	Convatec	99100108
		<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	99100107
		<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²)</i>	Convatec	99100106
Pans. mince	100 cm² à 200 cm² (surface active)	<i>Comfeel Plus Transparent (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	99100143
		<i>Comfeel Plus Transparent (5 cm x 25 cm - 125 cm²)</i>	Coloplast	99101135
		<i>Comfeel Plus Transparent (9 cm x 14 cm - 126 cm²)</i>	Coloplast	99100147
		<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	99000261
		<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²)</i>	Convatec	00920029
		<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	00920088
		<i>Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Medline	99100655
Pans. mince	201 cm² à 500 cm² (surface active)	<i>Comfeel Plus Transparent (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99100144
		<i>Comfeel Plus Transparent (9 cm x 25 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	99101136
		<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	00908134

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES (suite)

	Pans. mince	Moins de 100 cm ² (surface active)	<i>Comfeel Plus Transparent (5 cm x 15 cm - 75 cm²)</i>	Coloplast	99101134
			<i>Comfeel Plus Transparent (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	99100146
			<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)</i>	Convatec	00920231
			<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	00920010
	Pans. mince	Sacrum	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	00920037
			<i>Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)</i>	Medline	99100652
	Pans.	100 cm ² à 200 cm ² (surface active)	<i>DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	00907707
	Pans.	201 cm ² à 500 cm ² (surface active)	<i>DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	00907715
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	Pans.	Moins de 100 cm ² (surface active)	<i>DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Convatec	00907804
	Pans.	100 cm ² à 200 cm ² (surface active)	<i>Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)</i>	Mölnlycke	99100239
			<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm²</i>	3M	99100353
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE	Pans.	201 cm ² à 500 cm ² (surface active)	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm²</i>	3M	99100354
	Pans.	Moins de 100 cm ² (surface active)	<i>Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)</i>	Mölnlycke	99100237
			<i>Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)</i>	Mölnlycke	99100238
			<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²</i>	3M	99100352
	Pans.	Plus de 500 cm ² (surface active)	<i>Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	99100240
	ZINC (OXYDE DE)/ ICHTHAMMOL	Band.	<i>Ichthopaste</i>	S. & N.	01948466
		7,5 cm X 6 m			

3TC	8.14
5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE)	56.9

A

A.A.S.	28.1
A.S.A.	28.1
AA-ADEFOVIR	8.16
AA-CLOZAPINE	28.28
AA-FENO SUPER	24.3
AA-LANSOPRAZOLE-AMOXICILLIN-CLARITHROMYCIN	56.10
AA-MEDROXY	68.18
AA-METHYLPHENIDATE SR	28.38
AA-METOPROLOL SR	24.14
AA-TELMISARTAN-AMLODIPINE	24.30
AA-VERAP	24.19
ABACAVIR (SULFATE D')	8.12
ABACAVIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE	8.13
ABATACEPT	90.2
ABEMACICLIB	10.1
ABEVMY	10.2
ABILIFY	28.27, 28.28
ABILIFY ASIMTUFI	28.28
ABILIFY MAINTENA	28.28
ABIRATERONE	10.1
ABIRATERONE (ACÉTATE D')	10.1
ABIRATERONE (ACÉTATE D') - CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE SENSIBLE À LA CASTRATION	10.1
ABOBOTULINUMTOXINA	12.8
ABRAXANE	10.12
ABRILADA (SERINGUE)	90.3, 90.4
ABRILADA (STYLO)	90.3, 90.4
ABROCITINIB	84.7
ACALABRUTINIB	10.1
ACAMPROSATE	91.1
ACARBOSE	68.7
ACARBOSE	68.7
ACB BARIUM	36.2
ACCEL-SEVELAMER	40.7
ACCUTANE 10	84.8
ACCUTANE 40	84.8
ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')	24.11
ACET 120	28.9
ACET 160	28.9
ACET 325	28.9
ACET 650	28.9
ACÉTAMINOPHÈNE	28.8, 28.9
ACÉTAMINOPHÈNE	28.8, 28.9
ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE)	28.3
ACÉTAMINOPHÈNE 325 MG	28.8
ACÉTAMINOPHÈNE 500 MG EF FACILE À AVALER	28.8
ACÉTAMINOPHÈNE 500 MG EXTRA FORT	28.8
ACÉTAMINOPHÈNE BLASON SHIELD 500	28.8
ACÉTAMINOPHÈNE CAPLET 325	28.8
ACÉTAMINOPHÈNE CAPLET 500	28.8
ACÉTAMINOPHÈNE INJECTABLE	28.9
ACÉTATE DE GLATIRAMÈRE INJECTABLE	90.1
ACÉTATE DE POTASSIUM	40.5
ACÉTATE DE SODIUM	40.6
ACÉTATE DE SODIUM/ CHLORURES DE CALCIUM, MAGNÉSIUM, POTASSIUM ET SODIUM/ CITRATE DE SODIUM	52.5
ACÉTAZOLAMIDE	52.4
ACÉTAZOLAMIDE 250 MG	52.4
ACÉTYLCYSTÉINE	48.3
ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)	28.1
ACH-APIXABAN	20.1, 20.2
ACH-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
ACH-CAPECITABINE	10.4
ACH-DIMETHYL FUMARATE	28.47
ACH-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
ACH-EZETIMIBE	24.2
ACH-IMATINIB	10.8
ACH-LACOSAMIDE	28.15
ACH-METHOTREXATE	10.10
ACH-OLMESARTAN	24.28
ACH-OLMESARTAN HCTZ	24.28, 24.10, 24.11
ACH-PRAVASTATIN	24.6
ACH-PREGABALIN	28.12, 28.13

ACH-PROGESTERONE	68.19
ACH-QUETIAPINE FUMARATE XR	28.33, 28.34
ACH-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
ACH-SITAGLIPTIN	68.10
ACH-SOLIFENACIN SUCCINATE	86.1
ACH-TACROLIMUS	90.8
ACIDE CITRIQUE/ CITRATE DE SODIUM	40.1
ACIDE FOLIQUE	88.1
ACIDE FOLIQUE INJECTABLE, USP	88.1
ACIDE OBÉTICOLIQUE	56.9
ACIDES AMINÉS	40.7
ACIDES AMINÉS/ DEXTROSE	40.8
ACIDES AMINÉS/DEXTROSE/LIPIDES	40.8
ACIDES AMINÉS/ÉLECTROLYTES/DEXTROSE/LIPIDES	40.8, 40.4
ACIDES AMINÉS/ MAGNÉSIUM-POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES-BIPHOSPHATE/ DEXTROSE	40.8
ACIDE TRANEXAMIQUE	20.8
ACIDE TRANEXAMIQUE INJECTABLE	20.8
ACIDE TRANEXAMIQUE POUR INJECTION	20.8
ACIDE TRANEXAMIQUE POUR INJECTION BP	20.8
ACIDE ZOLÉDRONIQUE INJECTABLE	92.4
ACIDE ZOLÉDRONIQUE POUR INJECTION	92.4
ACIDE ZOLÉDRONIQUE-Z	92.4
ACITRÉTINE	84.7
ACLASTA	92.4
ACLDINIUM (BROMURE D')	12.3
ACT AMLODIPINE	24.16
ACT BORTEZOMIB	10.3
ACT CIPROFLOXACIN	8.7
ACT CLARITHROMYCIN XL	8.4
ACT ENALAPRIL	24.19, 24.20
ACT EXEMESTANE	68.6
ACT-HIB	80.3
ACTICOAT (20 CM X 40 CM - 600 CM ²)	94.12
ACTICOAT (40 CM X 40 CM - 1 600 CM ²)	94.12
ACTICOAT FLEX 3 (40 CM X 40 CM - 1 600 CM ²)	94.12
ACTISORB SILVER (10,5 CM X 10,5 CM - 110 CM ²)	94.13
ACTISORB SILVER (10,5 CM X 19 CM - 200 CM ²)	94.13
ACTISORB SILVER (6,5 CM X 9,5 CM - 62 CM ²)	94.13
ACTIVASE RT-PA	20.6
ACT LATANOPROST/TIMOLOL	52.3, 52.4
ACT MEMANTINE	28.47
ACT METHYLPHENIDATE ER	28.39
ACTONEL	92.4
ACT PRAMIPEXOLE	28.45
ACT QUETIAPINE	28.32, 28.33
ACT RALOXIFENE	68.6
ACT RIZATRIPTAN	28.42
ACT TOPOTECAN	10.15
ACT VENLAFAXINE XR	28.26
ACULAR	52.2
ACUVAIL	52.2
ACYCLOVIR	8.16, 8.1
ACYCLOVIR SODIQUE	8.16
ACYCLOVIR SODIQUE	8.16
ACYCLOVIR SODIQUE INJECTABLE	8.16
ACYCLOVIR SODIUM INJECTION	8.16
ADALAT XL	24.17
ADALIMUMAB	90.3
ADALIMUMAB (COLITE ULCÉREUSE-ENFANTS)	90.3
ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE)	90.3
ADALIMUMAB (MALADIE DE CROHN-ENFANTS)	90.4
ADALIMUMAB (UVÉITE)	90.4
ADCETRIS	10.3
ADDERALL XR	28.37
ADDICTAID NICOTINE PATCH	12.1
ADDNUTRIV	40.4
ADÉFOVIR DIPIVOXIL	8.16
ADEMPAS	48.3
ADÉNOSINE	24.1
ADÉNOSINE INJECTION	24.1
ADMELOG	68.13
ADMELOG SOLOSTAR	68.13
ADORABLE - VITAMINE D	88.3
ADRÉNALINE	52.3
ADVAGRAF	90.8
ADVAIR 125	12.6
ADVAIR 250	12.6
ADVAIR DISKUS 100	12.6
ADVAIR DISKUS 250	12.6
ADVAIR DISKUS 500	12.6
AFATINIB (DIMALÉATE D')	10.1
AFINITOR	10.6, 10.7
AFLIBERCEPT 2 MG	52.5
AFLIBERCEPT 8 MG	52.5
AFLIVU	52.5
AG-ALENDRONATE	92.3
AG-ALENDRONATE SODIUM	92.3

AG-AMLODIPINE	24.15, 24.16
AG-AMOXICILLIN	8.5
AG-AMOXI CLAV	8.5
AG-ANASTROZOLE	68.5
AG-ANASTROZOLE TABLETS	68.5
AG-APIXABAN	20.1, 20.2
AG-ARIPIPRAZOLE	28.27, 28.28
AG-ATENOLOL	24.12
AG-AZITHROMYCIN	8.4
AG-BISOPROLOL	24.12
AG-CALCIUM 500 MG	40.1
AG-CALCIUM CARBONATE + VITAMIN D 500 MG + 400 UI	40.2
AG-CALCIUM CIT.D 400 CROQ	40.3
AG-CALCIUM CITRATE LIQUID D 1000	40.3
AG-CALCIUM D 1000 CROQ	40.3
AG-CALCIUM D 1000 JAUNE	40.3
AG-CALCIUM D 400 CROQ	40.3
AG-CALCIUM D 400 FONCÉ	40.2
AG-CALCIUM D 800	40.2
AG-CALCIUM LIQUIDE	40.4
AG-CANDESARTAN	24.25, 24.26
AG-CELECOXIB	28.1, 28.2
AG-CIPROFLOXACIN	8.7
AG-CITALOPRAM	28.19, 28.20
AG-CITALOPRAM TABLETS	28.20
AG-CLINDAMYCIN	8.9
AG-CLOPIDOGREL	20.6
AG-CYCLOBENZAPRINE	12.7
AG-DAPAGLIFLOZIN	68.14
AG-DONEPEZIL	12.1, 12.2
AG-DOXYCYCLINE	8.9
AG-DULOXETINE	28.21
AG-DUTASTERIDE	92.1
AG-EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL	8.14
AG-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
AG-EZETIMIBE	24.2
AG-FAMOTIDINE	56.6
AG-FINASTERIDE	92.1
AG-FLECAINIDE	24.1
AG-FLUOXETINE	28.22
AG-GABAPENTIN	28.11
AG-GLICLAZIDE MR	68.14
AG-GUANFACINE XR	24.15
AG-IRBESARTAN	24.26, 24.27
AG-K20	40.5
AG-LACOSAMIDE	28.15
AG-LAMOTRIGINE	28.15, 28.16
AG-LATANOPROST	52.4
AG-LETROZOLE	68.6
AG-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
AG-LEVOCARB	28.44
AG-MAGNESIUM GLUCONATE	40.5
AG-METFORMIN	68.8
AG-METOPROLOL-L	24.13
AG-MONTELUKAST	48.2
AG-MOXIFLOXACIN	8.8
AG-NIFEDIPINE ER	24.17
AG-OLANZAPINE FC	28.30
AG-OLANZAPINE ODT	28.31
AG-ONDANSETRON	56.4, 56.5
AG-PANTOPRAZOLE SODIUM	56.8
AG-PAROXYTINE	28.24
AG-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
AG-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	24.22
AG-PERINDOPRIL ERBUMINE	24.21, 24.22
AG-PRAVASTATIN	24.6
AG-PREGABALIN	28.12, 28.13
AG-QUETIAPINE	28.32, 28.33
AG-QUETIAPINE FUMARATE	28.32, 28.33
AG-QUETIAPINE XR	28.33, 28.34
AG-RAMIPRIL	24.24
AG-RISPERIDONE	28.35, 28.36
AG-RIVAROXABAN	20.4, 20.5
AG-RIZATRIPTAN ODT	28.42
AG-ROSUVASTATIN CALCIUM	24.7, 24.8
AG-SENNOSIDES ENROBÉ	56.2
AG-SERTRALINE	28.25
AG-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
AG-SITAGLIPTIN	68.10
AG-SITAGLIPTIN HYDROCHLORIDE / METFORMIN	68.8, 68.9, 68.11
AG-TELMISARTAN	24.29
AG-TELMISARTAN-HCT	24.29
AG-TENOFOVIR	8.15
AG-TICAGRELOR	20.6
AG-TOPIRAMATE	28.18
AG-TOPIRAMATE TABLETS	28.18
AG-TRAZODONE	28.25, 28.26

AG-URSODIOL	56.3
AG-VALACYCLOVIR	8.17
AG-VITAMIN B12 ER	88.1
AG-VITAMIN D	88.2
AG-VITAMINE B1	88.1
AIROMIR	12.5
AJOVY	28.41
AKEEGA	10.12
AKYNZEO	56.4
ALCAÏNE	52.2
ALCON TEARS	52.5
ALCOOL ABSOLU	92.5
ALCOOL ABSOLU	92.5
ALDARA P	84.8
ALDESLEUKINE	10.1
ALECENSARO	10.1
ALECTINIB (CHLORHYDRATE D')	10.1
ALEMTUZUMAB	90.1
ALENDRONATE	92.3
ALENDRONATE/CHOLÉCALCIFÉROL	92.3
ALENDRONATE MONOSODIQUE	92.3
ALENDRONATE MONOSODIQUE	92.3
ALESSE 21	68.4
ALESSE 28	68.4
ALFACALCIDOL	88.1
ALFUZOSIN	12.7
ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D')	12.7
ALGISITE M (15 CM X 20 CM - 300 CM²)	94.2
ALGISITE M 30 CM	94.1
ALGLUCOSIDASE ALPHA	44.1
ALIROCUMAB	24.9
ALITRÉTINOÏNE	84.7
ALKERAN	10.10
ALLERGÈNES(EXTRAITS AQUEUX D')	80.2
ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS NORMALISÉS D')	80.1
ALLERGÈNES (EXTRAITS POUR DIAGNOSTIC)	92.1
ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)	80.1
ALLERJECT	12.6
ALLERNIX ELIXIR	4.1
ALLERNIX EXTRA STRENGTH	4.1
ALLEVYN ADHÉSIF (12,5 CM X 12,5 CM - 100 CM²)	94.6
ALLEVYN ADHÉSIF (12,5 CM X 22,5 CM - 200 CM²)	94.6
ALLEVYN ADHÉSIF (17,5 CM X 17,5 CM - 225 CM²)	94.7
ALLEVYN ADHÉSIF (22,5 CM X 22,5 CM - 400 CM²)	94.7
ALLEVYN ADHÉSIF (7,5 CM X 7,5 CM - 25 CM²)	94.8
ALLEVYN AG ADHÉSIF (12,5 CM X 12,5 CM - 100 CM²)	94.12
ALLEVYN AG ADHÉSIF (17,5 CM X 17,5 CM - 225 CM²)	94.13
ALLEVYN AG ADHÉSIF (7,5 CM X 7,5 CM - 25 CM²)	94.13
ALLEVYN AG ADHÉSIF SACRUM (17 CM X 17 CM - 123 CM²)	94.12
ALLEVYN AG ADHÉSIF SACRUM (23 CM X 23 CM - 237 CM²)	94.12
ALLEVYN AG GENTLE (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
ALLEVYN AG GENTLE (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
ALLEVYN AG GENTLE (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.11
ALLEVYN AG GENTLE (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
ALLEVYN AG GENTLE BORDER (12,5 CM X 12,5 CM - 100 CM²)	94.12
ALLEVYN AG GENTLE BORDER (17,5 CM X 17,5 CM - 225 CM²)	94.13
ALLEVYN AG GENTLE BORDER (7,5 CM X 7,5 CM - 25 CM²)	94.13
ALLEVYN AG NON ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
ALLEVYN AG NON ADHÉSIF (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
ALLEVYN AG NON ADHÉSIF (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.11
ALLEVYN AG NON ADHÉSIF (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
ALLEVYN GENTLE (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
ALLEVYN GENTLE (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.3
ALLEVYN GENTLE (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
ALLEVYN GENTLE (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
ALLEVYN GENTLE (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.5
ALLEVYN GENTLE BORDER (10 CM X 10 CM - 56 CM²)	94.8
ALLEVYN GENTLE BORDER (12,5 CM X 12,5 CM - 100 CM²)	94.6
ALLEVYN GENTLE BORDER (17,5 CM X 17,5 CM - 225 CM²)	94.7
ALLEVYN GENTLE BORDER LITE (10 CM X 10 CM - 52 CM²)	94.9
ALLEVYN GENTLE BORDER LITE (15 CM X 15 CM - 146 CM²)	94.9
ALLEVYN GENTLE BORDER LITE (5,5 CM X 12 CM - 27 CM²)	94.9
ALLEVYN GENTLE BORDER LITE (7,5 CM X 7,5 CM - 23 CM²)	94.9
ALLEVYN LIFE (10,3 CM X 10,3 CM - 23 CM²)	94.8
ALLEVYN LIFE (12,9 CM X 12,9 CM - 52 CM²)	94.8
ALLEVYN LIFE (15,4 CM X 15,4 CM - 93 CM²)	94.8
ALLEVYN LIFE (21 CM X 21 CM - 211 CM²)	94.7
ALLEVYN LIFE SACRUM (17,2 CM X 17,5 CM - 96 CM²)	94.9
ALLEVYN LIFE SACRUM (21,6 CM X 23 CM - 182 CM²)	94.9
ALLEVYN NON ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
ALLEVYN NON ADHÉSIF (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.3
ALLEVYN NON ADHÉSIF (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
ALLEVYN NON ADHÉSIF (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
ALLEVYN NON ADHÉSIF (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.5
ALLEVYN SACRUM (17 CM X 17 CM - 123 CM²)	94.9
ALLEVYN SACRUM (23 CM X 23 CM - 237 CM²)	94.9
ALLOPURINOL	92.1

ALMOTRIPTAN	28.42
ALMOTRIPTAN (MALATE D')	28.42
ALOG-DOXYLAMINE/PYRIDOXINE	56.4
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')	68.9
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	68.15
ALOMIDE	52.1
ALPHAGAN	52.3
ALPHAGAN P	52.3
ALPHAURINE 2G	
ALPRAZOLAM	28.39
ALPROSTADIL	24.10
ALTA-B12	88.1
ALTA-CAL	40.1
ALTACE	24.24
ALTACE HCT	24.24, 24.25
ALTA-HC 1 %	84.4
ALTA-SENNA	56.2
ALTEPLASE	20.6
ALUGEL	56.1
ALUMINIUM (HYDROXYDE D')	56.1
ALUNBRIG	10.3
ALVESCO	68.1
ALYSENA 21	68.4
ALYSENA 28	68.4
AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')	8.12, 8.44
AMB-BISACODYL	56.1
AMB-BUSPIRONE	28.41
AMBRISENTAN	48.3
AMCINONIDE	84.2
AMGEVITA (SERINGUE)	90.3, 90.4
AMGEVITA (STYLO)	90.3, 90.4
AMIFAMPRIDINE	12.1
AMIFAMPRIDINE (PHOSPHATE D')	12.1
AMIKACINE (SULFATE D')	8.1
AMIKACINE (SULFATE D')	8.1
AMIKACIN SULFATE INJECTION	8.1
AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')	40.10
AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')/	
HYDROCHLOROTHAZIDE	40.11
AMILZIDE	40.11
AMINOPHYLLINE	86.2
AMINOPHYLLINE INJECTION	86.2
AMIODARONE	24.1
AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')	24.1
AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')	24.1
AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')	28.19
AMIVANTAMAB	10.1
AMLODIPINE	24.15, 24.16
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')	24.15
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE	
CALCIQUE	24.3, 24.16
AMLODIPINE BESYLATE	24.15, 24.16
AMOXICILLIN	8.5
AMOXICILLIN/CLAV	8.5
AMOXICILLIN CAPSULES	8.5
AMOXICILLINE	8.5
AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM	8.5
AMOXICILLINE SODIQUE ET CLAVULANATE DE POTASSIUM POUR	
INJ.	8.5
AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')	28.37
AMPHOTÉRICINE B	8.12
AMPICILLINE	8.6
AMPICILLINE POUR INJECTION	8.6
AMPICILLINE SODIQUE	8.6
AMPICILLINE SODIQUE	8.6
AMPICILLINE SODIQUE POUR INJECTION	8.6
AMPICILLIN POUR INJECTION	8.6
AMSACRINE	10.1
AMSA P-D	10.1
AMVUTTRA	92.5
ANAFRANIL	28.20
ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D')	20.6
ANANDRON	10.12
ANASTROZOLE	68.5
ANASTROZOLE	68.5
ANATOXINE DIPHTÉRIQUE ADSORBÉE/ ANATOXINE	
TÉTANIQUE ADSORBÉE	80.3
ANATOXINE DIPHTÉRIQUE ADSORBÉE/ ANATOXINE	
TÉTANIQUE ADSORBÉE/ VACCIN	80.3
ANTIPOLIOMYÉLITIQUE	80.3
ANATOXINES TÉTANIQUE ET DIPHTÉRIQUE ADSORBÉES	80.3
ANDROCUR	92.5
ANDROGEL	68.3
ANÉTHOLE TRITHIONE	52.5
ANGIOMAX	20.2
ANIFROLUMAB	90.6
ANODAN-HC	84.4

ANORO ELLIPTA	12.4
ANUSOL HC	84.4
APALUTAMIDE	10.1
APIDRA	68.12
APIDRA SOLOSTAR	68.12
APIXABAN	20.1
APIXABAN	20.1, 20.2
APO-ABACAVIR	8.12
APO-ABACAVIR-LAMIVUDINE	8.13
APO-ABIRATERONE	10.1
APO-ACÉBUTOLOL	24.11
APO-ACYCLOVIR	8.16
APO-ACYCLOVIR ONGUENT	84.1
APO-ALENDRONATE	92.3
APO-ALENDRONATE/VITAMIN D3	92.3
APO-ALFUZOSIN	12.7
APO-ALLOPURINOL	92.1
APO-ALLOPURINOL TABLETS	92.1
APO-ALPRAZ	28.39
APO-ALPRAZ TS	28.39
APO-AMBRISENTAN	48.3
APO-AMIODARONE	24.1
APO-AMITRIPTYLINE	28.19
APO-AMLODIPINE	24.16
APO-AMLODIPINE-ATORVASTATIN	24.3, 24.4, 24.16, 24.17
APO-AMOXI	8.5
APO-AMOXI CLAV	8.5
APO-AMPHETAMINE XR	28.37
APO-ANASTROZOLE	68.5
APO-APIXABAN	20.1, 20.2
APO-APREMILAST	90.2
APO-ARIPIRAZOLE	28.27, 28.28
APO-ATENOL	24.12
APO-ATOMOXETINE	28.46
APO-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
APO-AZATHIOPRINE	90.7
APO-AZITHROMYCIN Z	8.4
APO-BACLOFEN	12.7, 12.8
APO-BÉCLOMÉTHASONE AQ	52.1
APO-BICALUTAMIDE	10.3
APO-BISOPROLOL	24.12
APO-BRIMONIDINE-TIMOP	52.3
APO-BRIVARACETAM	28.13
APO-BROMAZEPAM	28.39
APO-BUSPIRONE	28.41
APO-CABERGOLINE	28.44
APO-CAL	40.1
APO-CANDESARTAN	24.25, 24.26
APO-CANDESARTAN TABLETS	24.25, 24.26
APO-CAPECITABINE	10.4
APO-CAPTO	24.19
APO-CARVÉDILOL	24.12, 24.13
APO-CEFADROXIL	8.1
APO-CEFEPIME	8.2
APO-CEFUROXIME	8.2
APO-CELECOXIB	28.1, 28.2
APO-CEPHALEX	8.3
APO-CETIRIZINE	4.1
APO-CILAZAPRIL	24.19
APO-CILAZAPRIL - HCTZ	24.19
APO-CINACALCET	68.16
APO-CITALOPRAM	28.20
APO-CLADRIBINE	90.1
APO-CLARITHROMYCIN	8.4
APO-CLARITHROMYCIN XL	8.4
APO-CLOBAZAM	28.10
APO-CLONAZEPAM	28.10
APO-CLOPIDOGREL	20.6
APO-COLESEVELAM	24.2
APO-CYCLOBENZAPRINE	12.7
APO-DABIGATRAN	20.2
APO-DAPAGLIFLOZIN	68.14
APO-DAPAGLIFLOZIN-METFORMIN	68.15
APO-DARUNAVIR	8.13
APO-DASATINIB	10.5
APO-DEFERASIROX	64.1
APO-DEFERASIROX (TYPE J)	64.1
APO-DEXAMÉTHASONE	68.1
APO-DICLO 25 MG	28.2
APO-DICLO 50 MG	28.2
APO-DICLOFENAC OPHTHALMIC	52.2
APO-DICLO S.R. 75 MG	28.2
APO-DICLO SR 100 MG	28.2
APO-DILTIAZ CD	24.18
APO-DIMENHYDRINATE	56.4
APO-DIMETHYL FUMARATE	28.47
APO-DIVALPROEX	28.14

APO-DOMPERIDONE	56.8
APO-DONEPEZIL	12.1, 12.2
APO-DORZO-TIMOP	52.3, 52.4
APO-DOXAZOSIN	24.11
APO-DOXEPIIN	28.20
APO-DOXY	8.8
APO-DOXYLAMINE/B6	56.4
APO-DOXY-TABS	8.9
APO-DULOXETINE	28.21
APO-DUTASTERIDE	92.1
APO-EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	8.14
APO-ELETRIPTAN	28.42
APO-ELTROMBOPAG	20.7
APO-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	8.14
APO-ENALAPRIL	24.19, 24.20
APO-ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	24.20
APO-ENTACAPONE	28.44
APO-ENTECAVIR	8.17
APO-ENZALUTAMIDE	10.6
APO-ERLOTINIB	10.6
APO-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
APO-ESLICARBACEPINE	28.14
APO-ESOMEPRAZOLE	56.7
APO-EZETIMIBE	24.2
APO-FAMCICLOVIR	8.17
APO-FELODIPINE	24.17
APO-FINASTERIDE	92.1
APO-FINGOLIMOD	92.2
APO-FLUCONAZOLE	8.11
APO-FLUCONAZOLE-150	8.10
APO-FLUOXÉTINE	28.22
APO-FLUTAMIDE	10.7
APO-FLUTICASONE	52.2
APO-FLUTICASONE HFA	68.1, 68.2
APO-FLUVOXAMINE	28.22
APO-FOSINOPRIL	24.20
APO-FUROSEMIDE	40.9, 40.10
APO-GABAPENTIN	28.11, 28.14
APO-GEFITINIB	10.7
APO-GLICLAZIDE	68.14
APO-GLICLAZIDE MR	68.14
APO-GLYBURIDE	68.15
APO-GRANISETRON	56.4
APO-GUANFACINE XR	24.14, 24.15
APO-HYDRALAZINE	24.10
APO-HYDRO	40.10
APO-HYDROMORPHONE	28.5
APO-HYDROXYQUINE	8.18
APO-HYDROXYUREA	10.7
APO-IBUPROFEN	28.2
APO-IMATINIB	10.8
APO-IMPAPRAMINE TABLETS	28.23
APO-INDAPAMIDE	40.11
APO-IPRAVENT	12.4
APO-ISMN	24.9
APO-K	40.5
APO-KETOCONAZOLE	8.11
APO-LABETALOL	24.13
APO-LAMIVUDINE	8.14
APO-LAMIVUDINE HBV	8.14
APO-LAMIVUDINE-ZIDOVUDINE	8.15
APO-LAMOTRIGINE	28.15, 28.16
APO-LANSOPRAZOLE	56.7
APO-LATANOPROST	52.4
APO-LEFLUNOMIDE	90.2
APO-LENALIDOMIDE	10.9
APO-LETROZOLE	68.6
APO-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
APO-LEVOCARB	28.44
APO-LEVOFLOXACIN	8.8
APO-LEVOTHYROXINE	68.19
APO-LINEZOLID	8.9
APO-LISDEXAMFETAMINE	28.37, 28.38
APO-LISINOPRIL	24.20, 24.21
APO-LITHIUM CARBONATE	28.41
APO-LORATADINE	4.1
APO-LORAZEPAM	28.40
APO-LOSARTAN/HCTZ	24.27, 24.28
APO-MÉLOXICAM	28.3
APO-MEMANTINE	28.47
APO-METHADONE	28.5
APO-METHOTREXATE	10.10
APO-METHYLPHENIDATE	28.38
APO-METHYLPHENIDATE ER	28.39
APO-METOPROLOL	24.13
APO-METOPROLOL 100 MG	24.13
APO-METOPROLOL 50 MG	24.13
APO-METOPROLOL L 100 MG	24.13

APO-METOPROLOL L 50 MG	24.13
APO-METOPROLOL SR	24.14
APO-METRONIDAZOLE TABLETS	8.18
APO-MIRABEGRON	86.2
APO-MIRTAZAPINE	28.23
APO-MODAFINIL	28.39
APO-MOMETASONE	52.2
APO-MONTELUKAST	48.2
APO-MYCOPHENOLATE	90.7
APO-MYCOPHENOLIC ACID	90.7
APO-NALTREXONE	28.9
APO-NAPROXEN	28.3
APO-NAPROXEN 250 MG	28.3
APO-NAPROXEN 375 MG	28.3
APO-NAPROXEN EC	28.3
APO-NAPROXEN EC 375 MG	28.3
APO-NILOTINIB	10.11
APO-OLANZAPINE	28.30, 28.31
APO-OLANZAPINE ODT	28.31
APO-OLMESARTAN	24.28
APO-OLMESARTAN/HCTZ	24.28, 24.10, 24.11
APO-OMÉPRAZOLE (CAPS.)	56.8
APO-ONDANSETRON	56.4, 56.5
APO-OXAZÉPAM	28.40
APO-OXCARBACEPINE	28.17
APO-OXYBUTYNYN	86.1
APO-OXYCODONE CR	28.7
APO-PACLITAXEL INJECTABLE	10.12
APO-PANTOPRAZOLE	56.8
APO-PAROXÉTINE	28.24
APO-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
APO-PERINDOPRIL-INDAPAMIDE	24.22
APO-PIGLITAZONE	68.15
APO-PIROXICAM	28.3
APO-POMALIDOMIDE	10.13
APO-PRAMIPEXOLE	28.45
APO-PRAVASTATIN	24.6
APO-PRAZO	24.11
APO-PREDNISONE	68.2
APO-PREGABALIN	28.12, 28.13
APO-PROPAFENONE	24.1
APO-QUETIAPINE	28.32, 28.33
APO-QUETIAPINE FUMARATE	28.32, 28.33
APO-QUETIAPINE XR	28.33, 28.34
APO-QUINAPRIL	24.22
APO-QUINAPRIL/HCTZ	24.23
APO-QUININE (CAPS.)	8.18
APO-RALOXIFENE	68.6
APO-RAMIPRIL	24.24
APO-RANITIDINE	56.6
APO-RASAGILINE	28.45
APO-RILUZOLE	28.47
APO-RISEDRONATE	92.4
APO-RISPERIDONE	28.35, 28.36
APO-RIVAROXABAN	20.4, 20.5
APO-RIVASTIGMINE	12.2, 12.3
APO-RIZATRIPTAN	28.42
APO-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
APO-SALBUTAMOL HFA	12.5
APO-SAXAGLIPTIN	68.9, 68.10
APO-SEMAGLUTIDE INJECTION	68.12
APO-SERTRALINE	28.25
APO-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
APO-SITAGLIPTIN	68.10
APO-SITAGLIPTIN/METFORMIN XR	68.9, 68.11, 68.12
APO-SITAGLIPTINE METFORMINE	68.8, 68.9, 68.11
APO-SITAGLIPTIN MALATE	68.10
APO-SITAGLIPTIN-METFORMIN	68.8, 68.9, 68.11
APO-SOTALOL	24.14
APO-SUCRALFATE	56.7
APO-SUMATRIPTAN	28.43
APO-TADALAFIL PAH	24.10
APO-TAMOX	68.6
APO-TAMSULOSIN CR	12.7
APO-TENOFOVIR	8.15
APO-TERAZOSIN	24.11
APO-TERBINAFINE	8.10
APO-TERIFLUNOMIDE	92.2
APO-TÉRIPARATIDE INJECTABLE	68.16
APO-TETRABENAZINE	28.47
APO-TICAGRELOR	20.6
APO-TIMOP	52.3
APO-TIOTROPIUM	12.4
APO-TIOTROPIUM (AVEC APPLICATEUR)	12.4

APO-TOPIRAMATE	28.18
APO-TRAVOPROST-TIMOP	52.4, 52.5
APO-TRAVOPROST Z	52.5
APO-TRAZODONE	28.25, 28.26
APO-TRAZODONE D	28.26
APO-TRIAMCINOLONE AQ	52.2
APO-TRIAZIDE	40.11
APO-TRYPTOPHAN	28.23
APO-TRYPTOPHAN (CAPS.)	28.23
APO-TRYPTOPHAN (CO.)	28.23
APO-VALACYCLOVIR	8.17
APO-VALPROIC	28.19
APO-VARENICLINE	12.1
APO-VARENICLINE (TROUSSE)	12.1
APO-VENLAFAXINE XR	28.26
APO-VORTIOXETINE	28.27
APO-WARFARIN	20.5, 20.6
APO-ZIDOVUDINE	8.15
APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D')	52.5
APREMILAST	90.2
APRÉPITANT	56.5
APRESOLINE	24.10
APRETUDE	8.13
APRI 21	68.3
APRI 28	68.3
APTIO M	28.14
AQUACEL AG (14,5 CM X 14,5 CM - 210 CM²)	94.11
AQUACEL AG (19,5 CM X 29,5 CM - 575 CM²)	94.12
AQUACEL AG (9,5 CM X 9,5 CM - 90 CM²)	94.11
AQUACEL AG+EXTRA (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
AQUACEL AG+EXTRA (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
AQUACEL AG+EXTRA (20 CM X 30 CM - 600 CM²)	94.12
AQUACEL AG+EXTRA (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
AQUACEL AG EXTRA (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
AQUACEL AG EXTRA (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
AQUACEL AG EXTRA (20 CM X 30 CM - 600 CM²)	94.12
AQUACEL AG EXTRA (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
AQUACEL AG FOAM (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
AQUACEL AG FOAM (10 CM X 10 CM - 49 CM²)	94.13
AQUACEL AG FOAM (12,5 CM X 12,5 CM - 72 CM²)	94.13
AQUACEL AG FOAM (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
AQUACEL AG FOAM (15 CM X 20 CM - 300 CM²)	94.11
AQUACEL AG FOAM (17,5 CM X 17,5 CM - 182 CM²)	94.12
AQUACEL AG FOAM (17 CM X 20 CM - 115 CM²)	94.12
AQUACEL AG FOAM (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.11
AQUACEL AG FOAM (21 CM X 21 CM - 289 CM²)	94.13
AQUACEL AG FOAM (25 CM X 30 CM - 456 CM²)	94.13
AQUACEL AG FOAM (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
AQUACEL AG FOAM (8 CM X 8 CM - 32 CM²)	94.13
AQUACEL BURN HYDROFIBER (23 CM X 30 CM - 690 CM²)	94.2
AQUACEL EXTRA HYDROFIBER (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.1
AQUACEL EXTRA HYDROFIBER (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.2
AQUACEL EXTRA HYDROFIBER (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.2
AQUACEL FOAM (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.1
AQUACEL FOAM (10 CM X 10 CM - 49 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.1
AQUACEL FOAM (10 CM X 20 CM - 90 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM (10 CM X 25 CM - 120 CM²)	94.5
AQUACEL FOAM (10 CM X 30 CM - 150 CM²)	94.5
AQUACEL FOAM (12,5 CM X 12,5 CM - 72 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.2
AQUACEL FOAM (15 CM X 20 CM - 300 CM²)	94.2
AQUACEL FOAM (16,9 CM X 20 CM - 115 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM (17,5 CM X 17,5 CM - 182 CM²)	94.5
AQUACEL FOAM (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.2
AQUACEL FOAM (21 CM X 21 CM - 289 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM (25 CM X 30 CM - 456 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.2
AQUACEL FOAM (8 CM X 8 CM - 30 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM PRO (10 CM X 10 CM - 42,25 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM PRO (15 CM X 15 CM - 121 CM²)	94.5
AQUACEL FOAM PRO (20 CM X 16,9 CM - 114,65 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM PRO (24 CM X 21,5 CM - 168,04 CM²)	94.6
AQUACEL FOAM PRO (8 CM X 8 CM - 25 CM²)	94.6
AQUACEL HYDROFIBER (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.1
AQUACEL HYDROFIBER (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.2
AQUACEL HYDROFIBER (1 CM X 45 CM)	94.1
AQUACEL HYDROFIBER (2 CM X 45 CM)	94.1
AQUACEL HYDROFIBER (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.2
ARANESP	20.6, 20.7
ARAVA	90.2
ARAZLO	84.8
ARGININE (CHLORHYDRATE D')	36.1
ARICEPT	12.1, 12.2
ARIMDEX	68.5
ARIPIRAZOLE	28.27
ARIPIRAZOLE	28.27, 28.28
ARISTOCORT C	84.5

ARISTOCORT R	84.5
ARIXTRA	20.3
ARNUITY ELLIPTA	68.1
AROMASIN	68.6
ARSENIC (TRIOXYDE D')	10.1
ARTHROTEC	28.2, 28.6
ARTHROTEC 75	28.2, 28.6
ASA EC (80 MG)	28.1
ASAPHEN	28.1
ASAPHEN E.C.	28.1
ASCIMINIB	10.2
ASCORBIQUE (ACIDE)	88.1
ASMANEX TWISTHALER	68.2
ASPARLAS	10.3
ASPEN-DIENOGEST	68.18
ATACAND	24.25, 24.26
ATACAND PLUS	24.26
ATARAX	28.41
ATASOL	28.8
ATAZANAVIR (SULFATE D')	8.13
ATECTURA BREEZHALER	12.5
ATENLOLOL	24.12
ATÉNOLOL	24.12
ATÉZOLIZUMAB	10.2
ATGAM	90.8
ATOGÉPANT	28.41
ATOMOXETINE	28.46
ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D')	28.46
ATORVASTATIN	24.4, 24.5
ATORVASTATIN-10	24.4
ATORVASTATIN-20	24.4
ATORVASTATIN-40	24.5
ATORVASTATIN-80	24.5
ATORVASTATINE CALCIQUE	24.4
ATOVAQUONE	8.18
ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE)	8.18
ATOVAQUONE ET CHLORHYDRATE DE PROGUANIL	8.18
ATOVAQUONE PROGUANIL	8.18
ATROPINE	12.3, 12.2
ATROPINE (SULFATE D')	12.3, 12.2
ATROPINE INJECTABLE	12.3
ATROVENT HFA	12.4
AUDRINA 21	68.4
AUDRINA 28	68.4
AURO-ABACAVIR/LAMIVUDINE	8.13
AURO-ALENDRONATE	92.3
AURO-ALFUZOSIN	12.7
AURO-AMLODIPINE	24.16
AURO-AMOXICILLIN	8.5
AURO-AMOXICLAV	8.5
AURO-APIXABAN	20.1, 20.2
AURO-APREMILAST	90.2
AURO-APREMILAST (EMBALLAGE DE DÉPART)	90.2
AURO-ARIPIRAZOLE	28.27, 28.28
AURO-ATOMOXETINE	28.46
AURO-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
AURO-ATOVAQUONE	8.18
AURO-AZITHROMYCIN	8.4
AURO-BETAHISTINE	28.46
AURO-BRIVARACETAM	28.13
AURO-BUSPIRONE	28.41
AURO-CANAGLIFLOZIN	68.13
AURO-CANDESARTAN	24.25, 24.26
AURO-CANDESARTAN HCT	24.26
AURO-CARVEDILOL	24.12, 24.13
AURO-CEFIXIME	8.2
AURO-CEFPROZIL	8.2
AURO-CEFUROXIME	8.2
AURO-CELECOXIB	28.1, 28.2
AURO-CEPHELEXIN	8.3
AURO-CINACALCET	68.16
AURO-CIPROFLOXACIN	8.7
AURO-CITALOPRAM	28.20
AURO-CLINDAMYCIN	8.9
AURO-CLOPIDOGREL	20.6
AURO-CYCLOBENZAPRINE	12.7
AURO-DAPAGLIFLOZIN	68.14
AURO-DAPAGLIFLOZIN/METFORMIN	68.15
AURO-DARUNAVIR	8.13
AURO-DÉFÉRASIROX (TYPE J)	64.1
AURO-DIGOXIN	24.1, 24.2
AURO-DIMETHYL FUMARATE	28.47
AURO-DONEPEZIL	12.1, 12.2
AURO-DULOXETINE	28.21
AURO-DUTASTERIDE	92.1
AURO-EFAVIRENZ	8.13
AURO-EFVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	8.14
AURO-ELETRIPTAN	28.42

AURO-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	8.14
AURO-ENTECAVIR	8.17
AURO-ENZALUTAMIDE	10.6
AURO-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
AURO-ESLICARBAZEPINE	28.14
AURO-EZETIMIBE	24.2
AURO-FEBUXOSTAT	92.2
AURO-FINASTERIDE	92.1
AURO-FLECAINIDE	24.1
AURO-FLUOXETINE	28.22
AURO-GABAPENTIN	28.11, 28.14
AURO-GALANTAMINE ER	12.2
AURO-HYDROCORTISONE	68.2
AURO-LACOSAMIDE	28.15
AURO-LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE	8.15
AURO-LAMOTRIGINE	28.15, 28.16
AURO-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
AURO-LEVOCARB	28.44
AURO-LIOTHYRONINE	68.19
AURO-LISINAPRIL	24.20, 24.21
AURO-LOSARTAN	24.27
AURO-LOSARTAN HCT	24.27, 24.28
AURO-LURASIDONE	28.29, 28.30
AURO-MELOXICAM	28.3
AURO-METFORMIN	68.8
AURO-METHOTREXATE	10.10
AURO-MIRTAZAPINE	28.23
AURO-MIRTAZAPINE OD	28.23
AURO-MODAFINIL	28.39
AURO-MONTELUKAST	48.2
AURO-MOXIFLOXACIN	8.8
AURO-NEVIRAPINE	8.15
AURO-NINTEDANIB	48.1
AURO-NITROFURANTOIN	8.19
AURO-OLANZAPINE ODT	28.31
AURO-OLMESARTAN	24.28
AURO-OLMESARTAN HCTZ	24.28, 24.10, 24.11
AURO-ONDANSETRON ODT	56.5
AURO-PANTOPRAZOLE	56.8
AURO-PAROXETINE	28.24
AURO-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
AURO-PIRFENIDONE	48.1
AURO-PRAMIPEXOLE	28.45
AURO-PRAVASTATIN	24.6
AURO-PREGABALIN	28.12, 28.13
AURO-PROGESTERONE	68.19
AURO-QUETIAPINE	28.32, 28.33
AURO-QUINAPRIL HCTZ	24.23
AURO-RAMIPRIL	24.24
AURO-REPAGLINIDE	68.13
AURO-RISEDOSONATE	92.4
AURO-RITONAVIR	8.15
AURO-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
AURO-RUFINAMIDE	28.17
AURO-SERTRALINE	28.25
AURO-SILODOSIN	12.7
AURO-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
AURO-SITAGLIPTIN	68.10
AURO-SITAGLIPTIN HYDROCHLORIDE ET METFORMIN	68.8, 68.9, 68.11
AURO-SOLIFENACIN	86.1
AURO-SUNITINIB	10.14
AURO-TAMSULOSIN CR	12.7
AURO-TELMISARTAN	24.29
AURO-TELMISARTAN HCTZ	24.29
AURO-TENOFOVIR	8.15
AURO-TERBINAFINE	8.10
AURO-TOFACITINIB	90.2
AURO-TOPIRAMATE	28.18
AURO-TRANDOLAPRIL	24.25
AURO-VALACYCLOVIR	8.17
AURO-VALGANCICLOVIR	8.17
AURO-VALSARTAN	24.30
AURO-VALSARTAN HCT	24.30, 24.31
AURO-VARENICLINE	12.1
AURO-VENLAFAXINE XR	28.26
AURO-ZIPRASIDONE	28.36
AURO-ZOLMITRIPTAN	28.43
AVALIDE	24.27
AVAMYS	52.2
AVAPRITINIB	10.2
AVAPRO	24.26, 24.27
AVELUMAB	10.2
AVENTYL	28.23
AVIANE 21	68.4
AVIANE 28	68.4
AVODART	92.1

AVOINE (FARINE D') COLLOÏDALE/HUILE MINÉRALE	84.6
AVONEX PEN	92.2
AVONEX PS	92.2
AVSOLA	90.5
AVTOZMA	90.5
AXBERI	20.3
AXBERI HP	20.3
AXICABTAGÈNE CILOLEUCEL	10.2
AXITINIB	10.2
AYBINTIO	10.2
AYVAKYT	10.2
AZACITIDINE	10.2
AZACITIDINE POUR INJECTION	10.2
AZARGA	52.5
AZATHIOPRINE	90.7
AZÉLAÏQUE (ACIDE)	84.7
AZILECT	28.45
AZITHROMYCIN	8.4
AZITHROMYCINE	8.4
AZITHROMYCINE POUR INJECTION	8.4
AZOPT	52.4
AZTRÉONAM	8.3

B

BACJECT	8.9, 8.1
BACITIN	84.1
BACITRACIN	84.1
BACITRACINE	8.9, 8.1
BACKUP PLAN ONESTEP	68.4
BACLOFEN	12.7, 12.8
BACLOFÈNE	12.7
BACLOFENE INJECTABLE	12.8
BACLOFÈNE INTRATHÉCALE	12.8
BACLOFEN INJECTION	12.8
BACTIGRAS	94.12
BALANCED SALT SOLUTION	52.5
BAL IN OIL	64.1
BALMINIL D M	48.1
BALVERSA	10.6
BAMBEVI	10.2
BANZEL	28.17
BAQSIMI	68.16
BARACLUDE	8.17
BARICITINIB	90.2
BARRIÈRE	84.6
BARYUM (SULFATE DE)	36.1
BASAGLAR	68.12
BASAGLAR KWIKPEN (80 U)	68.12
BASILIXIMAB	90.7
BAVENCIO	10.2
BCG THÉRAPEUTIQUE	80.3
BD POSIFLUSH HÉPARINE	20.4
BD SALINE SP NaCl 0.9 %	40.6
BECLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	52.1, 52.1, 52.2
BEDUZIL	88.1
BEDUZIL 1500	88.1
BÉLUMUMAB	90.7
BÉLUMOSUDIL (MÉSULATE DE)	92.5
BELZUTIFAN	10.2
BENZAEPERIL	24.19
BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE)	24.19
BENDAMUSTINE (CHLORHYDRATE DE)	10.2
BENLYSTA	90.7
BENRALIZUMAB	48.4
BENZATROPINE (MÉSULATE DE)	
BENZOCAÏNE	84.6
BENZTROPINE (MÉSULATE DE)	28.44
BENZTROPINE OMEGA	28.44
BENZYDAMINE (CHLORHYDRATE DE)	52.3
BÉROTRALSTAT	92.4
BESPONSA	10.8
BÉTADERM	84.2, 84.3
BETADINE	84.2
BÉTADINE DÉTERGENT CHIRURGICAL	84.2
BETAHISTINE	28.46
BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE)	28.46
BÉTAÏNE (ANHYDRE)	92.5
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	84.2
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ BASE	
PROPYLÈNEGlyCOL	84.2
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ SALICYLIQUE (ACIDE)	84.2
BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE)	84.2
BETASERON	92.2

BETAXOLOL (CHLORHYDRATE DE)	52.3
BÉTHANÉCHOL (CHLORURE DE)	12.1
BETOPTIC S	52.3
BEVACIZUMAB	10.2
BEYFORTUS	8.16
BÉZAFIBRATE	24.3
BEZALIP S.R.	24.3
BIATAIN ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 28,3 CM²)	94.8
BIATAIN ADHÉSIF (12,5 CM X 12,5 CM - 64 CM²)	94.8
BIATAIN ADHÉSIF (18 CM X 18 CM - 196 CM²)	94.6
BIATAIN ADHÉSIF (7,5 CM X 7,5 CM - 12,6 CM²)	94.8
BIATAIN ADHÉSIF SACRUM (23 CM X 23 CM - 123 CM²)	94.9
BIATAIN AG NON ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
BIATAIN AG NON ADHÉSIF (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.10
BIATAIN AG NON ADHÉSIF (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
BIATAIN AG NON ADHÉSIF (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.11
BIATAIN AG NON ADHÉSIF (5 CM X 7 CM - 35 CM²)	94.11
BIATAIN ALGINATE (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.1
BIATAIN ALGINATE (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.2
BIATAIN ALGINATE (3 CM X 44 CM)	94.1
BIATAIN ALGINATE (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.2
BIATAIN ALGINATE AG (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
BIATAIN ALGINATE AG (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
BIATAIN ALGINATE AG (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
BIATAIN NON ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
BIATAIN NON ADHÉSIF (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.3
BIATAIN NON ADHÉSIF (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
BIATAIN NON ADHÉSIF (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
BIATAIN NON ADHÉSIF (5 CM X 7 CM - 35 CM²)	94.5
BIATAIN SILICONE (10 CM X 10 CM - 36 CM²)	94.8
BIATAIN SILICONE (10 CM X 20 CM - 85,3 CM²)	94.8
BIATAIN SILICONE (12,5 CM X 12,5 CM - 64 CM²)	94.8
BIATAIN SILICONE (15 CM X 15 CM - 104 CM²)	94.6
BIATAIN SILICONE (17,5 CM X 17,5 CM - 156 CM²)	94.6
BIATAIN SILICONE AG (10 CM X 10 CM - 30 CM²)	94.13
BIATAIN SILICONE AG (10 CM X 20 CM - 85 CM²)	94.13
BIATAIN SILICONE AG (10 CM X 30 CM - 140 CM²)	94.12
BIATAIN SILICONE AG (12,5 CM X 12,5 CM - 64 CM²)	94.13
BIATAIN SILICONE AG (15 CM X 15 CM - 110 CM²)	94.12
BIATAIN SILICONE AG (17,5 CM X 17,5 CM - 168 CM²)	94.12
BIATAIN SILICONE AG SACRUM (15 CM X 19 CM - 153 CM²)	94.13
BIATAIN SILICONE AG SACRUM (25 CM X 25 CM - 289 CM²)	94.13
BIATAIN SILICONE LITE (10 CM X 10 CM - 36 CM²)	94.9
BIATAIN SILICONE LITE (12,5 CM X 12,5 CM - 64 CM²)	94.9
BIATAIN SILICONE LITE (7,5 CM X 7,5 CM - 20 CM²)	94.9
BIATAIN SILICONE NON-BORDER (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
BIATAIN SILICONE NON-BORDER (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.3
BIATAIN SILICONE NON-BORDER (12,5 CM X 12,5 CM - 156,25 CM²)	94.3
BIATAIN SILICONE NON-BORDER (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
BIATAIN SILICONE NON-BORDER (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
BIATAIN SILICONE NON-BORDER (5 CM X 7,5 CM - 37,5 CM²)	94.5
BIATAIN SILICONE NON-BORDER (7,5 CM X 7,5 CM - 56,25 CM²)	94.5
BIATAIN SILICONE SACRUM (15 CM X 19 CM - 222 CM²)	94.5
BIATAIN SILICONE SACRUM (25 CM X 25 CM - 405 CM²)	94.5
BIAXIN	8.4
BIAXIN BID	8.4
BICALUTAMIDE	10.3
BICALUTAMIDE	10.3
BICARBONATE DE SODIUM	40.1
BICARBONATE DE SODIUM INJECTABLE	40.1
BICARBONATE DE SODIUM POUR INJECTION	40.1
BICARBONATE POUR DIL. 1+35,83	40.12
BICARBONATE POUR DIL. 1+44	40.12
BICARBONATE POUR DIL. H-101	40.12
BICARBONATE POUR HÉMODIALYSE	40.12
BICILLIN L-A	8.6
BICNU	10.4
BICTÉGRAVIR SODIQUE/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE)	8.13
BIJUVA	68.5
BIKTARVY	8.13
BILDYOS	90.1
BILTRICIDE	8.1
BIMATOPROST	52.4
BIMATOPROST RC	52.4
BIMEKIZUMAB (ARTHRITE PSORIASIQUE ET SPONDYLITE ANKYLOSANTE)	84.5
BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)	84.5, 84.7
BIMZELX	84.5, 84.7
BINIMÉTINIB	10.3
BIO-APIXABAN	20.1, 20.2
BIO-ASA	28.1
BIO-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
BIO-CALCIUM	40.1
BIO-CALCIUM-D	40.2
BIOCAL-D	40.2
BIO-CAL-D3	40.2
BIO-CAL-D3 + ...	40.3

BIO-CAL-D3 FORTE	40.2
BIOCAL-D FORTE	40.2
BIO-CELECOXIB	28.1, 28.2
BIO-CIPROFLOXACIN	8.7
BIO-CITALOPRAM	28.19, 28.20
BIO-CLOPIDOGREL	20.6
BIODERM	84.1
BIO-DOMPÉRIDONE	56.8
BIO-DULOXETINE	28.21
BIO-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
BIO-EZETIMIBE	24.2
BIO-FINASTERIDE	92.1
BIO-FLUCONAZOLE	8.10
BIO-FLUOXETINE	28.22
BIO-MAGNESIUM	40.5
BIO-MONTELUKAST	48.2
BIO-OMEPRAZOLE	56.8
BIO-PANTOPRAZOLE	56.8
BIO-PAROXETINE	28.24
BIO-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
BIO-POTASSIUM K20	40.5
BIO-PRAVASTATIN	24.6
BIO-PREGABALIN	28.12, 28.13
BIO-QUETIAPINE	28.32
BIO-RIVAROXABAN	20.4, 20.5
BIO-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
BIO-SENNOSIDES	56.2
BIO-SERTRALINE	28.25
BIO-SOLIFENACIN	86.1
BIO-VITAMINE B12	88.1
BIO-VITAMINE D3	88.3
BIO-VITAMINE D3 400	88.3
BIO-ZOLMITRIPTAN	28.43
BIPAZEN	68.17
BIPHENTIN	28.38
BISACODYL	56.1
BISACODYL	56.1
BISACODYL-ODAN	56.1
BISACODYL SUPPOSITORY	56.1
BISACODYL SUPPOSITORY 5 MG	56.1
BISOPROLOL	24.12
BISOPROLOL (FUMARATE DE)	24.12
BITARTRATE DE NORÉPINÉPHRINE INJECTABLE	12.6
BIVALIRUDIN	20.2
BIVALIRUDINE INJECTABLE	20.2
BIVALIRUDIN FOR INJECTION	20.2
BLÉOMYCINE (SULFATE DE)	10.3
BLÉOMYCINE POUR INJECTION	10.3
BLEU DE METHYLÈNE	91.1
BLEU DE METHYLÈNE INJECTABLE	91.1
BLEU PATENTÉ SODIQUE	91.1
BLINATUMOMAB	10.3
BLINCYTO	10.3
BORTÉZOMIB	10.3
BORTÉZOMIB POUR INJECTION	10.3
BORTÉZOMIB POUR INJECTION	10.3
BORTÉZOMIB POUR INJECTION SDZ	10.3
BOSENTAN	48.3
BOTOX	12.8
BRAFTOVI	10.6
BRANCHAMIN	40.9
BRENTUXIMAB VÉDOTINE	10.3
BRENZYS (SERINGUE)	90.5
BRENZYS (STYLO)	90.5
BREO ELLIPTA	12.6
BREVIBLOC	24.13
BRÉVICON 0.5/35 (21)	68.4
BRÉVICON 0.5/35 (28)	68.4
BRÉVICON 1/35 (21)	68.4
BRÉVICON 1/35 (28)	68.4
BREXUCABTAGÈNE AUTOLECEL	10.3
BREYANZI	10.10
BREZTRI AEROSPHERE	12.5
BRICANYL TURBUHALER	12.6
BRIGATINIB	10.3
BRILINTA	20.6
BRIMONIDINE (TARTRATE DE)	52.3
BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE)	52.3
BRIMONIDINE P	52.3
BRINZOLAMIDE	52.4
BRINZOLAMIDE/BRIMONIDINE (TARTRATE DE)	52.3
BRINZOLAMIDE/TIMOLOL (MALÉATE DE)	52.5
BRIVARACÉTAM	28.13
BRIVLERA	28.13
BRODALUMAB	84.8
BROMAZÉPAM	28.39

BROMOCRIPTINE	28.44
BROMOCRIPTINE (MÉSULATE DE)	28.44
BROMURE D'IPRATROPIUM ET SALBUTAMOL	12.5
BROMURE DE ROCURONIUM INJECTABLE	12.8
BROMURE DE ROCURONIUM POUR INJECTION	12.8
BRONCHOPHAN FORTE DM	48.1
BRUKINSA	10.16
BRYHALI	84.3
BUDESONIDE	52.1, 52.1, 52.3
BUPIVACAINE	72.1
BUPIVACAINE (CHLORHYDRATE DE)	72.1
BUPIVACAINE (CHLORHYDRATE DE)/ ÉPINÉPHRINE (BITARTRATE D')	72.1
BUPRÉNORPHINE	28.8
BUPRÉNORPHINE/NALOXONE	28.8, 28.9
BUPROPION (CHLORHYDRATE DE)	28.19
BUROSUMAB	8.15
BUSCOPAN	12.3
BUSERELINE (ACÉTATE DE)	68.6
BUSPIRONE	28.41
BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE)	28.41
BUSPIRONE-10	28.41
BUSULFAN	10.3
BUSULFAN POUR INJECTION	10.3
BUSULFEX	10.3
BUTORPHANOL	28.8
BUTORPHANOL (TARTRATE DE)	28.8
BUTYLBROMURE D'HYOSCINE	12.3
BYLVAY	56.2, 56.3
BYOOVIZ	52.6

C

CABAZITAXEL	10.3
CABAZITAXEL FOR INJECTION	10.3
CABAZITAXEL POUR INJECTION	10.3
CABENUVA	8.13
CABERGOLINE	28.44
CABOMETYX	10.3
CABOTÉGAVIR/RILPIVIRINE (EMBALLAGE COMBINÉ)	8.13
CABOTÉGAVIR SODIQUE	8.13
CABOZANTINIB (MALATE DE)	10.3
CABTREEO	84.1
CADUET	24.3, 24.4, 24.16, 24.17
CAELYX	10.6
CAL-500-D	40.2
CALASPARGASE PEGOL	10.3
CALCIA 400	40.3
CALCIA PLUS	40.3
CALCIJECT	40.3
CALCIMAR SOLUTION	68.16
CALCIPOTRIOL	84.8
CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	84.3, 84.8
CALCITE 500 + D 1000	40.3
CALCITE 500 + D 400	40.2
CALCITE 500 + D 800	40.2
CALCITE D 500	40.2
CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE)	68.16
CALCITRIOL	84.8, 84.2
CALCITRIOL	88.2
CALCITRIOL-ODAN	88.2
CALCITRIOL POUR INJECTION USP	88.2
CALCIUM (CARBONATE DE)	40.1
CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D	40.1
CALCIUM (CHLORURE DE)	40.3
CALCIUM (CITRATE DE)	40.3
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D	40.3
CALCIUM (GLUCONATE DE)	40.3
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)	40.4
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/ VITAMINE D	40.4
CALCIUM 500	40.1
CALCIUM 500 + D 400	40.2
CALCIUM 500 + VITAMINE D400	40.3
CALCIUM 500 VITAMINE D1000	40.3
CALCIUM 500 VITAMINE D400	40.2
CALCIUM 500 VITAMINE D400 UI	40.2
CALCIUM 500 VITAMINE D800	40.2
CALCIUM - ADDITIF POUR HÉMODIALYSE	40.12
CALCIUM D 500	40.2
CALCIUM ET VITAMINE D 125	40.2
CALCIUM-MAGNÉSIUM- POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES	40.4

CALCIUM-MAGNÉSIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE/ DEXTROSE	40.11
CALCIUM-POTASSIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE	40.4, 40.12
CALCIUM-POTASSIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE/ DEXTROSE	40.4
CALCIUM POUR DIL. 1+34	40.12
CALCIUM POUR DIL. 1+35.83	40.12
CALCIUM POUR DIL. 1+44	40.12
CALCIUM-SODIUM/ CHLORURES-LACTATE/ DEXTROSE	40.12
CALCIUM TABLET	40.1
CALQUENCE	10.1
CAMPBRE/ MENTHOL/ PHÉNOL	84.6
CAMPRAL	91.1
CAMZYOS	24.2
CANAGLIFLOZINE	68.13
CANCIDAS	8.11
CANDESARTAN	24.25, 24.26
CANDESARTAN/ HCTZ	24.26
CANDESARTAN CILEXÉTIL	24.25
CANDESARTAN CILEXÉTIL	24.25, 24.26
CANDESARTAN CILEXÉTIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.26
CANDESARTAN HCT	24.26
CANNABIDIOL	28.13
CANTHACUR	84.8
CANTHARIDINE	84.8
CAPECITABINE	10.4
CAPECITABINE	10.4
CAPIVASERTIB	10.4
CAPTOPRIL	24.19
CARBACHOL	52.4
CARBAMAZÉPINE	28.13
CARBAMIDE	
CARBÉTOCINE	76.1
CARBOCAINE	72.1
CARBOCAL D 1000	40.3
CARBOCAL D 400 (CO.)	40.2
CARBOLITH	28.41
CARBOPLATINE	10.4
CARBOPLATINE	10.4
CARBOPLATINE INJECTABLE	10.4
CARBOXYMALTOSE FERRIQUE	20.1
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE	52.5
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ GÉLATINE/ PECTINE	52.5
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE	52.5
CARFILZOMIB	10.4
CARIPRAZINE	28.28
CARIPUL	24.10
CARMUSTINE	10.4
CARMUSTINE POUR INJECTION	10.4
CARNITOR	40.9
CARVEDILOL	24.12, 24.13
CARVEDILOL	24.12
CASCARA SAGRADA	56.1
CASCARA SAGRADA	56.1
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)	8.11
CASPOFONGINE POUR INJECTION	8.11
CATHEJELL	84.6
CATHFLO	20.6
CAYSTON	8.3
CEENU	10.10
CÉFADROXIL (MONOHYDRATE DE)	8.1
CÉFAZOLINE	8.1
CÉFAZOLINE POUR INJECTION	8.2
CÉFAZOLINE POUR INJECTION	8.1, 8.2
CÉFAZOLINE SODIQUE	8.1
CÉFAZOLINE SODIQUE POUR INJECTION	8.1
CÉFÉPIME (CHLORHYDRATE DE)	8.2
CEFIXIME	8.2
CÉFOTAXIME SODIQUE	8.2
CÉFOTAXIME SODIQUE POUR INJECTION BP	8.2
CEFOXITINE	8.3
CÉFOXITINE SODIQUE	8.3
CEFPROZIL	8.2
CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE)	8.2
CEFTAZIDIME POUR INJECTION	8.2
CEFTAZIDIME POUR INJECTION BP	8.2
CEFTIN	8.3
CEFTOBIPOLE	8.2
CEFTOLOZANE (SULFATE DE)/TAZOBACTAM SODIQUE	8.2
CEFTRIAXONE	8.2
CEFTRIAXONE POUR INJECTION	8.2
CEFTRIAXONE POUR INJECTION, USP	8.2
CEFTRIAXONE SODIQUE	8.2
CEFTRIAXONE SODIQUE POUR INJECTION	8.2
CEFTRIAXONE SODIQUE POUR INJECTION BP	8.2
CÉFUROXIME AXÉTIL	8.2
CÉFUROXIME POUR INJECTION	8.3

CÉFUROXIME POUR INJECTION USP	8.3
CÉFUROXIME SODIQUE	8.3
CELEBREX	28.1, 28.2
CELECOXIB	28.1, 28.2
CÉLECOXIB	28.1
CELEXA	28.20
CELLCEPT	90.7
CELL HYDROCORTISONE	84.4
CELENTRI	8.15
CÉMPIIMAB	10.4
CÉNOBAMATE	28.11
CEPHALEXIN	8.3
CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE)	8.3
CÉRITINIB	10.4
CERTOLIZUMAB PEGOL	90.5
CÉRUBIDINE	10.5
CERVIDIL	76.1
CESAMET	56.6
CÉTIRIZINE (CHLORHYDRATE DE)	4.1
CETIRIZINE EXTRA STRENGTH	4.1
CÉTRORELIX	68.7
CETROTIDE	68.7
CÉTUXIMAB	10.4
CHARAC-25	56.1
CHARAC-50	56.1
CHARAC-TOL 25	56.1
CHARAC-TOL 50	56.1
CHARBON ACTIVÉ/ SORBITOL	56.1
CHARBON ACTIVÉ AQUEUX	56.1
CHARCODOTE	56.1
CHARCODOTE TFS	56.1
CHLOPHÉDIANOL (CHLORHYDRATE DE)	48.1
CHLORAL (HYDRATE DE)	28.41
CHLORAL HYDRATE ODAN	28.41
CHLORAMBUCIL	10.4
CHLORDIAZÉPOXIDE	28.39
CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE)	28.39
CHLORHEXIDINE (GLUCONATE DE)	84.2
CHLORHYDRATE D'AMIODARONE POUR INJECTION	24.1
CHLORHYDRATE D'HYDROMORPHONE	28.5
CHLORHYDRATE D'HYDROMORPHONE HP 10	28.5
CHLORHYDRATE D'HYDROMORPHONE HP 50	28.5
CHLORHYDRATE D'HYDROMORPHONE INJECTABLE	28.5
CHLORHYDRATE D'HYDROMORPHONE INJECTION	28.5
CHLORHYDRATE D'HYDROMORPHONE POUR INJECTION	28.5
CHLORHYDRATE D'ONDANSÉTRON (SANS AGENT DE CONSERVATION)	56.5
CHLORHYDRATE DE BENDAMUSTINE POUR INJECTION	10.2
CHLORHYDRATE DE DOBUTAMINE	12.5
CHLORHYDRATE DE DOXORUBICINE	10.5
CHLORHYDRATE DE DOXORUBICINE INJECTABLE, USP	10.5
CHLORHYDRATE DE GRANISÉTRON INJECTABLE	56.4
CHLORHYDRATE DE LABÉTALOL INJECTABLE	24.13
CHLORHYDRATE DE LABÉTALOL INJECTION	24.13
CHLORHYDRATE DE LIDOCAÏNE INJ (AVEC AGENT DE CONSERVATION)	72.1
CHLORHYDRATE DE LIDOCAÏNE INJ (SANS AGENT DE CONSERVATION)	72.1
CHLORHYDRATE DE MÉTOCLOPRAMIDE INJECTION	56.9
CHLORHYDRATE DE NALOXONE INJECTABLE USP	28.9
CHLORHYDRATE DE NALOXONE INJECTION	28.9
CHLORHYDRATE DE NALOXONE POUR INJECTION USP	28.9
CHLORHYDRATE DE PHÉNYLÉPHRINE INJECTABLE	12.4
CHLORHYDRATE DE RÉMIFENTANIL POUR INJECTION	28.7
CHLORHYDRATE DE ROPIVACAÏNE INJECTABLE	72.1
CHLORHYDRATE DE VANCOMYCINE POUR INJECTION	8.10
CHLORHYDRATE DE VANCOMYCINE POUR INJECTION USP	8.10
CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE)	28.28
CHLORTHALIDONE	40.11
CHLORTHALIDONE	40.11
CHLORURE DE CALCIUM	40.3
CHLORURE DE CALCIUM INJECTABLE	40.3
CHLORURE DE POTASSIUM	40.5
CHLORURE DE POTASSIUM 14.9%	40.5
CHLORURE DE POTASSIUM DANS CHLORURE DE SODIUM	40.6
CHLORURE DE POTASSIUM ET SODIUM/ PHOSPHATE DE POTASSIUM ET SODIUM/ SULFATE DE MAGNÉSIIUM/	
DEXTROSE	40.12
CHLORURE DE SODIUM	40.6, 40.7
CHLORURE DE SODIUM 0.9% AVEC BACTÉRIOSTATIQUE	40.7
CHLORURE DE SODIUM 0.45%	40.6
CHLORURE DE SODIUM 0.9%	40.7
CHLORURE DE SODIUM 0.9% BACTÉRIOSTATIQUE 1.5%	40.7
CHLORURE DE SODIUM 23.4%	40.7
CHLORURE DE SODIUM 3%	40.7
CHLORURE DE SODIUM ADD-VANTAGE	40.6
CHLORURE DE SODIUM INJECTABLE USP 0.9 %	40.7
CHLORURE DE SUCCINYLCHOLINE INJECTABLE	12.8

CHLORURE DE SUCCINYLCHOLINE INJECTABLE USP	12.8
CHOLÉCALCIFÉROL	88.2
CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE)	24.2
CHOLESTYRAMINE-ODAN	24.2
CHORIOGONADOTROPINE ALPHA	68.6
CHROME/ CUIVRE/ IODE/ MANGANÈSE/ SÉLÉNIUM/ ZINC	40.4
CHROME-CUIVRE-FER-MANGANÈSE-IODE-FLUORURE-MOLYBDÈNE-SÉLÉNIUM-ZINC	40.4
CHROME-CUIVRE-MANGANÈSE-ZINC	40.4
CHROMIQUE (CHLORURE)	40.4
CHYMODIACTIN	44.1
CHYMOPAPAÏNE	44.1
CIBINQO	84.7
CI-CAL D 400	40.3
CICLÉSONIDE	52.1, 52.1
CICLOPIROX OLAMINE	84.1
CILAZAPRIL	24.19
CILAZAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.19
CILOXAN	52.1
CIMZIA	90.5
CINACALCET	68.16
CINACALCET (CHLORHYDRATE DE)	68.16
CINCHOCAÏNE	84.6
CIPRALEX	28.21, 28.22
CIPRO	8.8
CIPROFLOXACIN	8.7
CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)	8.7, 8.1
CIPROFLOXACINE POUR PERFUSION INTRAVEINEUSE	8.8
CISATRACURIUM (BÉSYLATE DE)	12.8
CISATRACURIUM OMEGA MULTI-DOSE	12.8
CISATRACURIUM OMEGA UNIDOSE	12.8
CISPLATIN	10.4
CISPLATINE	10.4
CISPLATIN INJECTION	10.4
CITALOPRAM	28.19, 28.20
CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE)	28.19
CITALOPRAM-20	28.20
CITALOPRAM-40	28.20
CITRATE DE FENTANYL INJECTABLE	28.4
CITRATE DE FENTANYL INJECTION	28.4
CITRATE DE FENTANYL POUR INJECTION	28.4
CITRATE DE SUFENTANIL	28.7
CITRODAN	56.2
CITRO-MAG	56.2
CLADRIBINE	10.4, 10.1
CLADRIBINE POUR INJECTION	10.4
CLARITHROMYCIN	8.4
CLARITHROMYCINE	8.4
CLARITIN	4.1
CLARUS	84.8
CLASTEON	92.3
CLAVULIN-125 F	8.5
CLAVULIN-200	8.6
CLAVULIN-250 F	8.6
CLAVULIN-400	8.6
CLIMARA-25	68.5
CLIMARA-50	68.5
CLIMARA-75	68.5
CLINDAMYCIN	8.9
CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE)	8.9
CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)	8.9, 8.1
CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)/ ADAPALÈNE/ PEROXYDE DE BENZOÏLE	84.1
CLINDAMYCINE INJECTION	8.9
CLINDAMYCINE PALMITATE (CHLORHYDRATE DE)	8.9
CLOBAZAM	28.10
CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)	84.3
CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)	84.3
CLODRONATE DISODIQUE	92.3
CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	28.20
CLONAZÉPAM	28.10
CLONIDINE	24.14
CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE)	24.14
CLOPIDOGREL	20.6
CLOPIDOGREL (BISULFATE DE)	20.6
CLOPIXOL	28.36, 28.37
CLOPIXOL-ACUPHASE	28.36
CLOPIXOL DÉPÔT	28.36
CLORAZÉPATE	28.39
CLORAZÉPATE DIPOTASSIQUE	28.39
CLOTIRIMADERM	84.1
CLOTTRIMAZOLE	84.1
CLOXACILLIN	8.6
CLOXACILLINE POUR INJECTION	8.6
CLOXACILLINE SODIQUE	8.6
CLOZAPINE	28.28
CLOZARIL	28.28

COBIMÉTINIB	10.4
CODÉINE	28.4, 28.1
CODÉINE (BASE ET SULFATE)	28.4
CODÉINE (PHOSPHATE DE)	28.4, 28.1
CODÉINE CONTIN	28.4
COLCHICINE	92.1
COLCHICINE	92.1
COLÉSEVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)	24.2
COLISTIMETHATE	8.9
COLISTIMÉTHATE POUR INJECTION	8.9
COLISTIMÉTHATE POUR INJECTION, USP	8.9
COLISTIMÉTHATE SODIQUE	8.9
COLLAGÉNASE	84.8
COLUMVI	10.7
COLY-MYCIN M PARENTÉRAL	8.9
COLYTE	56.2
COMBIDERM ACD (10 CM X 10 CM - 49 CM²)	94.8
COMBIDERM ACD (13 CM X 13 CM - 81 CM²)	94.8
COMBIDERM ACD (15 CM X 25 CM - 200 CM²)	94.6
COMBIDERM ACD (20 CM X 20 CM - 225 CM²)	94.7
COMBIDERM ACD (TRIANGULAIRE 15 CM X 18 CM - 96 CM²)	94.9
COMBIDERM ACD (TRIANGULAIRE 20 CM X 22.5 CM - 216 CM²)	94.9
COMBIDERM NON ADHÉSIF (13 CM X 13 CM - 169 CM²)	94.3
COMBIDERM NON ADHÉSIF (15 CM X 25 CM - 375 CM²)	94.4
COMBIDERM NON ADHÉSIF (7,5 CM X 7,5 CM - 56 CM²)	94.5
COMBIGAN	52.3
COMFEEL PLUS SACRUM (18 CM X 20 CM - 180 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS TRANSPARENT (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS TRANSPARENT (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS TRANSPARENT (5 CM X 15 CM - 75 CM²)	94.15
COMFEEL PLUS TRANSPARENT (5 CM X 25 CM - 125 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS TRANSPARENT (5 CM X 7 CM - 35 CM²)	94.15
COMFEEL PLUS TRANSPARENT (9 CM X 14 CM - 126 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS TRANSPARENT (9 CM X 25 CM - 225 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS ULCER (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.13
COMFEEL PLUS ULCER (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS ULCER (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.14
COMFEEL PLUS ULCER (4 CM X 6 CM - 24 CM²)	94.14
COMFILAX	56.2
COMPLERA	8.14
COMPRIMÉS D'IBUPROFÈNE	28.2
COMPRIMÉS DE CHLORHYDRATE DE NALTREXONE	28.9
COMPRIMÉS DE DROSPIRÉNONE ET D'ÉTHINYLESTRADIOL 21	68.3
COMPRIMÉS DE DROSPIRÉNONE ET D'ÉTHINYLESTRADIOL 28	68.3
COMPRIMÉS DE GABAPENTINE	28.14
COMPRIMÉS DE NITISINONE	92.5
COMPRIMÉS DE QUÉTIAPINE	28.33
COMPRIMÉS DE TÉTRABÉNAZINE	28.47
COMTAN	28.44
CONCENTRÉ LIQUIDE DE BICARBONATE DE SODIUM 1+44	40.12
CONCERTA	28.39
CONRAY-30	36.2
CONRAY-43	36.2
CONRAY-60	36.2
CONTINGENCY ONE	68.4
CORTEF	68.2
CORTISOL	
CORTISOL (ACÉTATE DE)	
CORTISONE (ACÉTATE DE)	68.1
CORTISONE ACÉTATE-ICN	68.1
CORTIVERA PLUS	84.4
CORTODERM	84.4
CORTOSYN	36.1, 36.16
COSENTYX (SERINGUE)	90.5
COSENTYX (STYLO)	90.5
COSOPT	52.3, 52.4
COSOPT SANS PRÉSERVATEUR	52.5
COSYNTROPHINE	36.1, 36.16
COTAZYM	56.3
COTAZYM ECS 20	56.3
COTAZYM ECS 8	56.3
COTELLIC	10.4
COVERSYL	24.21, 24.22
COVERSYL PLUS	24.22
COVERSYL PLUS HD	24.22
COZAAR	24.27
CRÈME À L'URÉE	84.7
CREON 10 MINIMICROSPHÈRES	56.3
CREON 25 MINIMICROSPHÈRES	56.3
CREON MINIMICROSPHÈRES 35	56.3
CREON MINIMICROSPHÈRES MICRO	56.3
CRESEMBA	8.11
CRESTOR	24.7, 24.8
CRINONE	68.18
CRISANTASPASE RECOMBINANTE	10.4
CRIZOTINIB	10.4
CROMOGLICATE SODIQUE	48.2, 48.1
CROMOLYN	52.1

CROVALIMAB	90.1
CRYSVITA	8.15, 8.16
CTP 30	28.20
CUIVRIQUE (SULFATE)	40.4
CUPRIMINE	64.1
CURRY PANSEMENT AU CHLORURE DE SODIUM(15CM X 17CM-225 CM²)	94.1
CUTIMED CAVITY (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
CUTIMED CAVITY (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
CUTIMED GEL	84.8
CUTIMED SILTEC (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
CUTIMED SILTEC (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.3
CUTIMED SILTEC (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
CUTIMED SILTEC (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
CUTIMED SILTEC (5 CM X 6 CM - 30 CM²)	94.5
CUTIMED SILTEC B (10 CM X 22,5 CM - 99 CM²)	94.8
CUTIMED SILTEC B (12,5 CM X 12,5 CM - 64 CM²)	94.8
CUTIMED SILTEC B (15 CM X 15 CM - 100 CM²)	94.6
CUTIMED SILTEC B (17,5 CM X 17,5 CM - 144 CM²)	94.6
CUTIMED SILTEC B (22,5 CM X 22,5 CM - 272 CM²)	94.7
CUTIMED SILTEC L (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.5
CUTIMED SILTEC L (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.5
CUTIMED SILTEC L (5 CM X 6 CM - 30 CM²)	94.5
CUTIMED SILTEC PLUS (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
CUTIMED SILTEC PLUS (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.3
CUTIMED SILTEC PLUS (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
CUTIMED SILTEC PLUS (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
CUTIMED SILTEC PLUS (5 CM X 6 CM - 30 CM²)	94.5
CUVPOSA	12.3
CYANOCOBALAMINE	88.1
CYANOCOBALAMINE	88.1
CYANOCOBALAMINE INJECTABLE, USP	88.1
CYCLOBENZAPRINE	12.7
CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)	12.7
CYCLOGYL	52.2
CYCLOMEN	68.3
CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE)	52.2
CYCLOPHOSPHAMIDE	10.4
CYCLOPHOSPHAMIDE POUR INJECTION	10.4
CYCLOSPORINE	52.1, 52.7
CYKLOKAPRON	20.8
CYPROHEPTADINE (CHLORHYDRATE DE)	4.1
CYPROTÉRON	92.5
CYPROTÉRON (ACÉTATE DE)	92.5
CYRAMZA	10.13
CYSTADANE	92.5
CYSTADROPS	52.5
CYSTÉAMINE	52.5
CYSTÉAMINE (BITARTRATE DE)	92.5
CYSTO-CONRAY II	36.2
CYSTOSOL	40.12
CYTARABINE	10.5
CYTARABINE	10.5
CYTARABINE INJECTABLE	10.5
CYTOMEL	68.19
CYTOVENE	8.17

D

D3-POM	88.3
DABIGATRAN ETEXILATE	20.2
DABRAFÉNIB (MÉSULATE DE)	10.5
DACARBAZINE	10.5
DACARBAZINE POUR INJECTION	10.5
DAC CALCIUM 500 MG + VITAMINE D400 UI	40.2
DALACIN	84.1
DALACIN C	8.9
DALBAVANCINE (CHLORHYDRATE DE)	8.9
DALTÉPARINE SODIQUE	20.2
DANAPAROÏDE SODIQUE	20.2
DANAZOL	68.3
DANTRIUM	12.7
DANTROLÈNE SODIQUE	12.7
DAPAGLIFLOZINE	68.14
DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	68.15
DAPAGLIFLOZINE (INSUFFISANCE CARDIAQUE, FRACTION D'ÉJECTION >40%)	68.14
DAPSONE	8.12
DARATUMUMAB	10.5
DARBÉPOÉTINE ALFA	20.6
DAROLUTAMIDE	10.5
DARUNAVIR	8.13
DARUNAVIR	8.13
DARZALEX	10.5
DARZALEX SC	10.5

DASATINIB	10.5
DAUNORUBICINE	10.5
DAUNORUBICINE/CYTARABINE LIPOSOMALE	10.5
DDAVP	68.17
DDAVP MELT	68.17
DÉCAVITAMINES U.S.P.	88.3
DÉFÉRASIROX	64.1
DÉFÉROXAMINE (MÉSULATE DE)	64.1
DÉFIBROTIDE SODIQUE	20.6
DEFITELIO	20.6
DEGARELIX (ACÉTATE DE)	68.7
DELSTRIGO	8.13
DENOSUMAB	90.1
DEPAKENE	28.18
DEPO-MEDROL	68.2
DEPO-MEDROL (SANS PRÉSERVATIF)	68.2
DEPO-PROVERA (SERINGUE)	68.18
DÉRISOMALTOSE FERRIQUE	20.1
DERMAFLEX HC	84.4
DERMA-SMOOTHIE/FS	84.3
DERMOVATE	84.3
DERMOVATE CAPILLAIRE	84.3
DESFERAL	64.1
DESFERRIOXAMINE (MÉSULATE DE)	
DÉSIPRAMINE	28.20
DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	28.20
DESMOPRESSIN	68.17
DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)	68.17
DÉSONIDE	84.3
DÉSOXIMÉTASONE	84.3
DETROL	86.1
DETROL LA	86.1
DEUCRAVACITINIB	84.8
DEXAMETHASONE	52.1, 52.1
DEXAMÉTHASONE	52.1, 52.1
DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)	68.1
DEXAMETHASONE OMEGA	68.1
DEXAMETHASONE OMEGA UNIDOSE	68.1
DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE)	28.37
DEXÉDRINE	28.37
DEXILANT	56.7
DEXLANSOPRAZOLE	56.7
DEXLANSOPRAZOLE	56.7
DEXRAZOXANE	91.1, 91.4
DEXRAZOXANE POUR INJECTION	91.1
DEXTRAN-40/ SODIUM (CHLORURE DE)	40.4
DEXTROAMPHÉTAMINE	28.37
DEXTROAMPHÉTAMINE	
DEXTROJET	40.8
DEXTROMÉTHORPHANE (BROMHYDRATE DE)	48.1
DEXTROSE	36.1, 36.8
DEXTROSE	40.8
DEXTROSE/ SODIUM (CHLORURE DE)	40.9
DEXTROSE 10%	40.8
DEXTROSE 10%- CHLORURE DE SODIUM 0.9%	40.9
DEXTROSE 13.3%	40.8
DEXTROSE 20%	40.8
DEXTROSE 3.3%- CHLORURE DE SODIUM 0.3%	40.9
DEXTROSE 3.3%-NACL 0.3%- KCL 0.15%	40.6
DEXTROSE 3.3%-NACL 0.3%- KCL 0.3%	40.6
DEXTROSE 33.3%	40.8
DEXTROSE 40%	40.9
DEXTROSE 5%	40.8
DEXTROSE 5%- CHLORURE DE SODIUM 0.2%	40.9
DEXTROSE 5%- CHLORURE DE SODIUM 0.45%	40.9
DEXTROSE 5%- CHLORURE DE SODIUM 0.9%	40.9
DEXTROSE 5% ET CHLORURE DE POTASSIUM 0.15%	40.6
DEXTROSE 5% ET CHLORURE DE POTASSIUM 0.3%	40.6
DEXTROSE 5% - NA Cl 0.9% -KCl 0.15%	40.6
DEXTROSE 5%- NA Cl 0.9%- KCl 0.3%	40.6
DEXTROSE 5%-NACL 0.45%- KCL 0.15%	40.6
DEXTROSE 5%-NACL 0.45%- KCL 0.3%	40.6
DEXTROSE 5% THERMOJECT	40.8
DEXTROSE 50%	40.9
DEXTROSE 70%	40.9
DEXTROSE - ADDITIF POUR HÉMO- DIALYSE	40.12
DEXTROSE INJECTABLE	40.9
DEXTROSE INJECTION	40.9
DEXTROSE POUR DIL. 1+34	40.12
DEXTROSE POUR DIL. 1+35.83	40.12
DEXTROSE POUR DIL. 1+44	40.12
D-FORTE	88.2
D-GEL-1000	88.3
DIACOMIT	28.18
DIAMICRON MR	68.14
DIANEAL 136.75 AVEC DEXTROSE 0.5%	40.12
DIANEAL 136.75 PD- DEXTROSE 4.25%	40.12
DIANEAL PD101 - DEXTROSE 1.5%	40.11

DIANEAL PD101 - DEXTROSE 2.5%	40.12
DIANEAL PD103 AVEC DEXTROSE 2.5% SANS MG	40.12
DIANEAL PD103 AVEC DEXTROSE 4.25% SANS MG	40.12
DIANEAL PD103 - DEXTROSE 1.5% SANS MG	40.12
DIANEAL PD 4 CAPD- DEXTROSE 2.5%	40.11
DIANEAL PD 4 CAPD- DEXTROSE 4.25%	40.11
DIASTAT 1 ML (5 MG)	28.40
DIASTAT 2 ML (10 MG)	28.40
DIASTAT 3 ML (15 MG)	28.40
DIATRIZOATE DE SODIUM/ DIATRIZOATE DE	
MÉGLUMINE	36.2
DIAZEMULS	28.40
DIAZÉPAM	28.40
DIAZÉPAM	28.40
DIAZOXIDE	68.16
DIBUCAINE	
DICITRATE	40.1
DICLECTIN	56.4
DICLOFENAC	52.2
DICLOFÉNAC (POTASSIQUE OU SODIQUE)	28.2
DICLOFÉNAC SODIQUE	28.2, 28.2
DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL	28.2, 28.6
DICYCLOMINE (CHLORHYDRATE DE)	12.3
DIÉNOGEST	68.18
DIFICID	8.5
DIFLUCAN	8.11
DIFLUCAN-150	8.10
DIGOXINE	24.1
DIGOXINE	24.2
DIHYDROCODÉIONE (BITARTRATE DE)	
DIHYDROERGOTAMINE	12.7
DIHYDROERGOTAMINE (MÉSULATE DE)	12.7
DILANTIN	28.10
DILANTIN INFATABS	28.10
DILAUDID	28.5
DILTIAZ	24.18
DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)	24.17
DILTIAZEM CD	24.18
DILTIAZEM T	24.17, 24.18
DILUANT À L'ALBUMINE	92.1
DILUANT ALBUMINE	92.1
DIMENHYDRINATE	56.4
DIMENHYDRINATE	56.4
DIMENHYDRINATE INJECTION	56.4
DIMERCAPROL	64.1
DIMÉTHICONE	84.1, 84.6
DIMÉTHICONE/ LÉCITHINE	84.6
DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)	28.47
DIMÉTHYLPOLYSILOXANE	84.6
DINITRATE D'ISOSORBIDE	24.9
DINOPROSTONE	76.1
DINUTUXIMAB	10.5
DIOVAN	24.30
DIOVAN-HCT	24.30, 24.31
DIOVOL	56.1
DIOVOL EX	56.1
DIPENTUM	56.9
DIPHENHYDRAMINE	4.1
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	4.1
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	4.1
DIPHENIST	4.1
DIPHÉNOXYLATE (CHLORHYDRATE DE/ ATROPINE (SULFATE D')	56.1
DIPHENYLHYDANTOÏNE	
DIPRIVAN	28.1
DIPROLENE	84.2
DIPROSALIC POMMADE	84.2
DIPROSONE	84.2
DIPYRIDAMOLE	24.10
DIPYRIDAMOLE	24.10
DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)	24.10
DISOPYRAMIDE	24.1
DIVALPROEX SODIQUE	28.14
D-M SANS SUCRE	48.1
DOBUTAMINE	12.5
DOBUTAMINE (CHLORHYDRATE DE)	12.5
DOBUTAMINE INJECTION	12.5
DOCETAXEL	10.5
DOCETAXEL INJECTION	10.5
DOJOLVI	40.9
DOLORAL 1	28.6
DOLORAL 5	28.6
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE	8.13
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE	8.13
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/LAMIVUDINE	8.13
DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)	8.13

DOMPERIDONE	56.8
DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)	56.8
DONEPEZIL	12.1, 12.2
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)	12.1
DOPAMINE/DEXTROSE	12.5
DOPAMINE (CHLORHYDRATE DE)/ DEXTROSE	12.5
DORAVIRINE	8.13
DORAVIRINE/LAMIVUDINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	8.13
DORNASE ALFA	44.1
DORZOLAMIDE	52.4
DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	52.4
DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE)	52.3-52.5
DORZOLAMIDE - TIMOLOL	52.3, 52.4
DOSTARLIMAB	10.5
DOSTINEX	28.44
DOVATO	8.13
DOVIDINE	84.2
DOVOBET	84.8
DOVOBET GEL	84.8
DOVONEX	84.8
DOXAZOSINE (MÉSULATE DE)	24.11
DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE)	28.20
DOXORUBICIN	10.5
DOXORUBICINE	10.5
DOXORUBICINE (CHLORHYDRATE DE)	10.5
DOXORUBICINE (CHLORHYDRATE DE) LIPOSOMES PEGYLÉS	10.6
DOXYCIN (CO.)	8.9
DOXYCYCLINE (CAPS.)	8.8
DOXYCYCLINE (CO.)	8.9
DOXYCYCLINE (HYCLATE DE)	8.8
DOXYLAMINE (SUCCINATE DE)/ PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)	56.4
DOXYTAB	8.9
DROSPIRÉNONE	68.3
D-TABS	88.2
DULAGLUTIDE	68.12
DULCOLAX	56.1
DULOXÉTINE	28.21
DULOXÉTINE	28.21
DUOBRII	84.5, 84.8
DUODERM CGF (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.13
DUODERM CGF (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.14
DUODERM CGF (15 CM X 20 CM - 300 CM²)	94.14
DUODERM CGF (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.14
DUODERM CGF (20 CM X 30 CM - 600 CM²)	94.14
DUODERM CGF BORDER (10 CM X 10 CM - 36 CM²)	94.15
DUODERM CGF BORDER (14 CM X 14 CM - 100 CM²)	94.15
DUODERM CGF BORDER (20 CM X 20 CM - 225 CM²)	94.15
DUODERM CGF BORDER (TRIANGULAIRE 15 CM X 18 CM - 99 CM²)	94.14
DUODERM CGF BORDER (TRIANGULAIRE 20 CM X 23 CM - 270 CM²)	94.14
DUODERM CGF EXTRA-MINCE (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.14
DUODERM CGF EXTRA-MINCE (10 CM X 15 CM - 118 CM²)	94.14
DUODERM CGF EXTRA-MINCE (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.14
DUODERM CGF EXTRA-MINCE (5 CM X 10 CM - 50 CM²)	94.15
DUODERM CGF EXTRA-MINCE (5 CM X 20 CM - 100 CM²)	94.14
DUODERM CGF EXTRA-MINCE (7,5 CM X 7,5 CM - 56 CM²)	94.15
DUODERM CGF EXTRA-MINCE (SACRUM 15 CM X 18 CM - 216 CM²)	94.15
DUODERM GEL	84.8
DUODERM SIGNAL (10 CM X 10 CM - 94 CM²)	94.14
DUODERM SIGNAL (14 CM X 14 CM - 188 CM²)	94.13
DUODERM SIGNAL (20 CM X 20 CM - 388 CM²)	94.14
DUODERM SIGNAL (SACRUM 20 CM X 23 CM - 258 CM²)	94.14
DUODERM SIGNAL (TRIANGULAIRE 15 CM X 18 CM - 216 CM²)	94.14
DUODERM SIGNAL (TRIANGULAIRE 20 CM X 23 CM - 322 CM²)	94.14
DUOTRAV PQ	52.4, 52.5
DUPILUMAB	84.8
DUPIXENT	84.8
DURATOCIN	76.1
DURVALUMAB	10.6
DUTASTERIDE	92.1
DUTASTÉRIDE	92.1
DUVOID	12.1
D-VI-SOL	88.3
DYSPORT THERAPEUTIC	12.8

É

EAU POUR IRRIGATION	40.12
EAU POUR IRRIGATION	40.12

EBGLYSS	84.5
EBIXA	28.47
ÉCULIZUMAB	92.4
ÉDARAVONE	28.47
EDECIN	40.9
EDOXABAN	20.2
EDURANT	8.15
ÉFAVIRENZ	8.13
ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	8.14
EFFEXOR XR	28.26
EFGARTIGIMOD ALFA	90.1
EFUDEX	84.8
ELAVIL	28.19
ÉLECTROLYTES + ACÉTATE DIL. 1+34	40.13
ÉLECTROLYTES DE REMPLACEMENT	40.4
ELECTROLYTES DE REMPLACEMENT/ DEXTROSE	40.4
ÉLECTROLYTES POUR DIL. 1+34	40.13
ÉLECTROLYTES POUR DIL. 1+35.83	40.13
ÉLECTROLYTES POUR DIL. 1+44	40.13
ÉLECTROLYTES POUR HÉMODIALYSE	40.13
ELETRIPTAN	28.42
ÉLÉTRIPTAN (BROMHYDRATE D')	28.42
ÉLÉXACAFTOR/ÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ)	48.2
ELIDEL	84.8
ELIGARD	68.7
ELIQUIS	20.1, 20.2
ÉLIXIR DE CHLORHYDRATE DE DIPHÉNHYDRAMINE	4.1
ELLA	68.4
ELMIRON	92.5
ELOCOM	84.4
ELONOX	20.3
ELONOX HP	20.3
ELTROMBOPAG	20.7
ELTROXIN	68.19
ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE)	8.14
ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	8.14
EMEND	56.5
EMEND IV	56.5
EMEND TRI-PACK	56.5
EMGALITY	28.41
EMOLAX	56.2
EMOLAX (30 SACHETS DE 17 GRAMMES)	56.2
EMPAGLIFLOZINE	68.14
EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	68.15
EMPAVELI	92.4
EMTRICITABINE/ RILPIVIRINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	8.14
EMTRICITABINE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)/ TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE)	8.14
EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	8.14
ENALAPRIL	24.19, 24.20
ÉNALAPRIL (MALÉATE D')	24.19
ÉNALAPRIL (MALÉATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.20
ÉNALAPRILATE	24.20
ÉNALAPRILATE POUR INJECTION, USP	24.20
ENALAPRIL MALEATE/HCTZ	24.20
ÉNANTHATE DE TESTOSTÉRONNE INJECTABLE	68.3
ENCORAFÉNIB	10.6
ENDOMETRIN	68.18
ENERZAI BREEZHALER	12.5
ENFORTUMAB VÉDOTINE	10.6
ENGERIX-B	80.3
ENHERTU	10.15
ÉNOXAPARINE SODIQUE	20.2
ENSPLYNG (SERINGUE)	92.2
ENSTILAR	84.3, 84.8
ENTACAPONE	28.44
ENTECAVIR	8.17
ENTÉCAVIR	8.17
ENTECAVIR TABLETS	8.17
ENTEROVU	36.2
ENTOCORT EN LAVEMENT	84.3
ENTRECTINIB	10.6
ENTRESTO	24.31
ENTUZITY KWIKPEN	68.13
ENTYVIO	90.7
ENTYVIO (SERINGUE)	90.7
ENTYVIO (STYLO)	90.7
ENVARUS PA	90.8
ENZALUTAMIDE	10.6
ENZEEVU	52.5
EPCLUSA	8.17

EPCORITAMAB	10.6
EPHÉDRINE	12.6
ÉPHÉDRINE (SULFATE D')	12.6
ÉPIDIOLEX	28.13
ÉPINÉPHRINE	12.6
ÉPINÉPHRINE	12.6
ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')	12.6, 12.3
EPIPEN	12.6
EPIPEN JR.	12.6
EPIRUBICIN	10.6
EPIRUBICINE (CHLORHYDRATE D')	10.6
EPIRUBICINE POUR INJECTION	10.6
EPIVAL 125	28.14
EPIVAL 250	28.14
EPIVAL 500	28.14
EPKINLY	10.6
ÉPLÉRÉNONE	24.31
ÉPLOINTERSEN	92.2
ÉPOÉTINE ALFA	20.7
ÉPOPROSTÉROL SODIQUE	24.10
EPREX	20.7
EPTIFIBATIDE	20.6
EPTIFIBATIDE INJECTABLE	20.6
EPTINÉZUMAB	28.41
ERBITUX	10.4
ERDAFITINIB	10.6
ERDOL	88.2
ERELZI (SERINGUE)	90.5
ERELZI SENSOREADY PEN	90.5
ERGOALCIFÉROL	88.2
ERGOMÉTRINE	
ERGONOVINE (MALÉATE D')	76.1
ÉRIBULINE (MÉSULATE D')	10.6
ERIVEDGE	10.16
ERLEADA	10.1
ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D')	10.6
ERTAPÉNEM POUR INJECTION	8.3
ERTAPÉNEM SODIQUE	8.3
ERYTHROMYCIN	52.1
ERYTHROMYCINE	52.1
ÉRYTHROMYCINE	52.1
ESBRIET	48.1
ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
ESCITALOPRAM (OXALATE D')	28.21
ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')	28.14
ESMOLOL (CHLORHYDRATE D')	24.13
ESOMEPRAZOLE	56.7
ESOMÉPRAZOLE (MAGNÉSIUM TRIHYDRATE)	56.7
ESOPHO-CAT	36.1
ESTALIS 140/50	68.5
ESTALIS 250/50	68.5
ESTÉROL MONOHYDRATÉ ET DROSPIRÉNONE	68.3
ESTRADIOL-17B	68.4
ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	68.5
ESTRADIOL-17B/ PROGESTÉRONE MICRONISÉE	68.5
ESTRADOT	68.5
ESTRAGYN CRÈME VAGINALE	68.5
ESTRING	68.4
ESTROGEL	68.5
ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES	68.5
ESTRONE	68.5
ÉTANERCEPT	90.5
ÉTHACRYNIQUE (ACIDE)	40.9
ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')	8.12
ÉTHINYLESTRADIOL/ DÉSOGESTREL	68.3
ÉTHINYLESTRADIOL/ DROSPIRENONE	68.3
ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL	68.3
ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL	68.4
ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL -	
ÉTHINYLESTRADIOL	68.4
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE	68.4
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE	68.4
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORGESTIMATE	68.4
ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D')	28.43
ÉTHOSUXIMIDE	28.10
ETIBI	8.12
ÉTOMIDATE	28.1
ÉTOMIDATE INJECTION	28.1
ÉTONOGESTREL	68.4
ÉTOPOSIDE	10.6
ÉTOPOSIDE	10.6
ÉTRASIMOD (L-ARGININE D')	56.9
ÉTRAVIRINE	8.14
EUGIA-PAZOPANIB	10.12
EURO-D 1000	88.3
EURO D 10 000	88.2
EURO-HYDROCORTISONE	84.4
EURO-K 20	40.5

EURO-SENNA	56.2
EVENITY	90.1
ÉVÉROLIMUS	10.6
ÉVINACUMAB	24.9
EVKEEZA	24.9
ÉVOLOCUMAB	24.9
EVRA	68.4
EVRYSDI	92.5
EXELON	12.2, 12.3
EXELON PATCH 10	12.3
EXELON PATCH 5	12.3
EXÉMESTANE	68.6
EXTAVIA	92.2
EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES	80.2
EXTRAITS D'ALLERGÈNES POUR DIAGNOSTIC	92.1
EXTRAITS D'HYMÉNOPTÈRES POUR DIAGNOSTIC	92.1
EXUDERM ODORSHIELD (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.14
EXUDERM ODORSHIELD SACRAL (15,2 CM X 16,3 CM - 271 CM²)	94.15
EXUFIBER (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.1
EXUFIBER (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.2
EXUFIBER (2 CM X 45 CM)	94.1
EXUFIBER (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.2
EXUFIBER AG+ (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
EXUFIBER AG+ (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
EXUFIBER AG+ (20 CM X 30 CM - 600 CM²)	94.12
EXUFIBER AG+ (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
EYDENZELT	52.5
EYLEA HD	52.5
E-Z-CAT	36.1
EZETIMIBE	24.2
ÉZÉTIMIBE	24.2
EZETROL	24.2
E-Z-HD	36.2

F

FAMCICLOVIR	8.17
FAMOTIDINE	56.6
FAMOTIDINE	56.6
FAMOTIDINE OMÉGA	56.6
FAMOTIDINE OMEGA (SANS PRESERVATIF)	56.6
FAMVIR	8.17
FARICIMAB	52.5
FASENRA	48.4
FASENRA PEN	48.4
FASLODEX	10.7
FASTURTEC	44.1
FEBUXOSTAT	92.2
FEBUXOSTAT	92.2
FEDRATINIB	10.7
FÉLODIPINE	24.17
FEMARA	68.6
FEMYSO	56.6, 56.1
FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ)	24.3
FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ)	24.3
FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ OU MICROENROBÉ	
OU MICRONISÉ)	24.3
FENO-MICRO (200 MG)	24.3
FENTANYL	28.4
FENTANYL (CITRATE DE)	28.4
FENTANYL CITRATE INJECTION SDZ	28.4
FENTANYL INJECTION BP (20 ML)	28.4
FENTANYL INJECTION BP (2 ML)	28.4
FENTANYL INJECTION BP (50 ML)	28.4
FENTANYL INJECTION BP (5 ML)	28.4
FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/	
SUCROSE)	20.1
FERINJECT	20.1
FER-IN-SOL	20.1
FERODAN	20.1
FERREUX (SULFATE)	20.1
FERRLECIT	20.1
FER-SACCHAROSE	20.1
FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)	86.1
FIDAXOMICINE	8.5
FILGRASTIM	20.7
FILRA	20.7
FINACEA	84.7
FINASTERIDE	92.1
FINASTÉRIDE	92.1
FINÉRÉNONE	24.31
FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE)	92.2
FIRAZYR	92.4
FIRDAPSE	12.1
FIRMAGON	68.7

FLAGYL 500 INJ	8.18
FLAMAZINE	84.2
FLAREX	52.1
FLECAINIDE	24.1
FLECAINIDE (ACÉTATE DE)	24.1
FLEET HUILEUX	56.1
FLEET PÉDIATRIQUE	56.2
FLEXERIL	12.7
FLOLAN	24.10
FLORINEF	68.1
FLOVENT DISKUS	68.2
FLOVENT HFA	68.1, 68.2
FLUANXOL	28.29
FLUANXOL DÉPOT 10%	28.29
FLUANXOL DÉPOT 2%	28.29
FLUCONAZOLE	8.10, 8.11
FLUCONAZOLE	8.11
FLUCONAZOLE-150	8.10
FLUDARA	10.7
FLUDARABINE	10.7
FLUDARABINE (PHOSPHATE DE)	10.7
FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE)	68.1
FLUMAZÉNIL	28.47
FLUMAZENIL INJECTION	28.47
FLUNARIZINE	24.19
FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE)	24.19
FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	84.3
FLUOCINONIDE	84.3
FLUOR-A-DAY	92.4
FLUORESCÉINE SODIQUE	36.1
FLUORESCITE 10%	36.1
FLUOROMÉTHOLONE	52.1
FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE)	52.1
FLUOROURACILE	10.7, 10.8
FLUOROURACIL INJECTION	10.7
FLUORURE DE SODIUM	92.4
FLUOXÉTINE	28.22
FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	28.22
FLUOXÉTINE BP	28.22
FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE)	28.29
FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE)	28.29
FLUPHÉNAZINE	28.29
FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE)	28.29
FLURAZÉPAM	28.40
FLURAZÉPAM (CHLORHYDRATE DE)	28.40
FLURBIPROFEN	28.2
FLURBIPROFÈNE	28.2
FLUTAMIDE	10.7
FLUTICASONE (FUROATE DE)	52.2, 52.1
FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	52.2, 52.1
FLUVASTATINE SODIQUE	24.5
FLUVOXAMINE (MALÉATE DE)	28.22
FLUZONE QUADRIVALENT	80.3
FML	52.1
FOAM LITE CONVATEC (10 CM X 10 CM - 42,25 CM²)	94.9
FOAM LITE CONVATEC (10 CM X 20 CM - 97,5 CM²)	94.9
FOAM LITE CONVATEC (15 CM X 15 CM - 121 CM²)	94.9
FOAM LITE CONVATEC (5,5 CM X 12 CM - 24 CM²)	94.9
FOAM LITE CONVATEC (8CM X 8 CM - 25 CM²)	94.9
FOLINIQUE (ACIDE)	91.1
FOLIQUE (ACIDE)	88.1
FOLLITROPINE ALPHA	68.6
FOLLITROPINE BÉTA	68.6
FOLLITROPINE DELTA	68.6
FOLOTYN	10.13
FONDAPARINUX	20.3
FOQUEST	28.38
FORANE	28.1
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)	12.5
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) /	
BUDÉSONIDE	12.5
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) /	
BUDÉSONIDE/GLYCOPYRROLONIUM (BROMURE DE)	12.5
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) /	
MOMÉTASONE (FUROATE DE)	12.5
FORXIGA	68.14
FOSAMAX	92.3
FOSAPRÉPITANT	56.5
FOSAPRÉPITANT POUR INJECTION	56.5
FOSAVANCE	92.3
FOSFOMYCINE (TROMÉTHAMINE DE)	8.18
FOSINOPRIL	24.20
FOSINOPRIL SODIQUE	24.20
FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA	28.43
FRAGMIN	20.2
FRAXIPARINE	20.4
FRAXIPARINE FORTE	20.4
FRELON À TÊTE BLANCHE	80.2

FRELON À TÊTE JAUNE	80.2
FRÉMANEZUMAB	28.41
FREYA 21	68.3
FREYA 28	68.3
FRUQUINTINIB	10.7
FRUZAQLA	10.7
FUCITHALMIC	52.1
FULPHILA	20.7
FULVESTRANT	10.7
FULVESTRANT INJECTABLE	10.7
FULVESTRANT INJECTION	10.7
FUNGIZONE	8.12
FUROSEMIDE	40.9, 40.10
FUROSEMIDE	40.9
FUROSEMIDE	40.10
FUROSEMIDE INJECTABLE	40.10
FUROSEMIDE INJECTION	40.10
FUROSEMIDE POUR INJECTION	40.10
FUROSEMIDE POUR INJECTION USP	40.10
FUROSEMIDE SDZ	40.10
FUROSEMIDE SPÉCIAL INJECTION	40.10
FUROSEMIDE SPÉCIAL POUR INJECTION	40.10
FUSIDIQUE (ACIDE)	52.1, 52.1
FYCOMPA	28.17

G

GABAPENTIN	28.11, 28.14
GABAPENTINE	28.11, 28.14
GADOBÉNATE DE DIMÉGLUMINE	36.2
GADOBUTROL	36.2
GADODIAMIDE	36.2
GADOTÉRIDOL	36.2
GADOVIST 1.0	36.2
GALAFOLD	92.5
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)	12.2
GALANTAMINE ER	12.2
GALCANÉZUMAB	28.41
GAMBROSOL TRIO 10	40.11
GAMBROSOL TRIO 40	40.11
GANCICLOVIR POUR INJECTION	8.17
GANCICLOVIR SODIQUE	8.17
GANIRELIX	68.7
GARAMYCINE	8.1
GASTROGRAFIN	36.2
GAZYVA	10.12
GD-DICLOFENAC/MISOPROSTOL	28.2, 28.6
GD-TRANEXAMIC ACID	20.8
GEFITINIB	10.7
GEL HYDROCOLLOIDAL	84.8
GEMCITABINE (CHLORHYDRATE DE)	10.7
GEMCITABINE INJECTABLE	10.7
GEMCITABINE INJECTION	10.7
GEMFIBROZIL	24.3
GEMTUZUMAB OZOGAMICINE	10.7
GEN-CLOZAPINE	28.28
GENOTROPIN GOQUICK	68.17
GENOTROPIN MINQUICK	68.17
GENTAMICINE (SULFATE DE)	8.1
GENTAMICINE (SULFATE DE) / SODIUM (CHLORURE DE)	8.1
GENTAMICINE INJECTION	8.1
GENVOYA	8.14
GILENYA	92.2
GILTÉRITINIB	10.7
GIOTRIF	10.1
GIVLAARI	92.5
GIVOSIRAN	92.5
GLATECT	90.1
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)	90.1
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)	90.1
GLÉCAPRÉVIR/PIBENTASVIR	8.17
GLEEVEC	10.8
GLICLAZIDE	68.14
GLICLAZIDE	68.14
GLICLAZIDE MR	68.14
GLIMÉPIRIDE	68.15
GLN-APREMILAST	90.2
GLN-ATOVAQUONE	8.18
GLN-DAPAGLIFLOZIN	68.14
GLN-DIMETHYL FUMARATE	28.47
GLN-EZETIMIDE	24.2
GLN-OLMESARTAN	24.28
GLN-OLMESARTAN HCTZ	24.28, 24.10,
	24.11
GLN-POSACONAZOLE	8.11

GLN-TOPIRAMATE	28.18
GLN-URSODIOL	56.3
GLOFITAMAB	10.7
GLUCAGON	68.16
GLUCO CAL	40.4
GLUCODEX	36.1
GLUCONATE DE CALCIUM	40.4
GLUCONATE DE CALCIUM INJECTABLE	40.3, 40.4
GLUCONORM	68.13
GLUCOPHAGE	68.8
GLYBURIDE	68.15
GLYBURIDE	68.15
GLYCÉRINE	56.1
GLYCINE	40.12
GLYCINE	40.12
GLYCOPYRROLATE	12.3
GLYCOPYRROLATE INJECTION	12.3
GLYCOPYRROLATE INJECTION MULTIDOSE	12.3
GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)	12.3
GOLIMUMAB	90.5
GONADOTROPHINE CHORIONIQUE	68.7
GONADOTROPHINE CHORIONIQUE	68.7
GONADOTROPHINES	68.7
GONAL-F	68.6
GOSÉRELIN (ACÉTATE DE)	68.7
GOUDRON MINÉRAL/ SALICYLIQUE (ACIDE)	84.7
GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE)	56.4
GRASSTK	80.2
GRASTOFIL	20.7
GRAVOL	56.4
GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE)	24.14
GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE) (ANGITA, PRO	
DOC, SANDOZ ET TAKEDA)	24.15
GUÉPE (POLISTES SPP.)	80.2
GUÉPE À TACHES BLANCHES DOLICHOPESULA MACULATA	80.2
GUÉPE DE L'EST (VESPUULA MACULIFRONS)	80.2
GUSELKUMAB (MALADIE DE CROHN ET COLITE	
ULCÉREUSE)	84.5
GUSELKUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)	84.5

H

HABITROL	12.1
HADLIMA (SERINGUE)	90.3, 90.4
HADLIMA PUSHTOUCH (STYLO)	90.3, 90.4
HAEMOSOL H-200 (DILUTION 1+44)	40.13
HALAVEN	10.6
HALOBÉTASOL (PROPIONATE D')	84.3
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE	84.5, 84.8
HALOETTE	68.3
HALOPÉRIDOL	28.29
HALOPÉRIDOL	28.29
HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D')	28.29
HALOPÉRIDOL INJECTION	28.29
HALOPERIDOL INJECTION, USP	28.29
HALOPÉRIDOL LA	28.29
HALYCIL	68.20
HANZEMA	84.7
HARVONI	8.17
HAVRIX	80.3
HAVRIX 720 JUNIOR	80.3
HEMANGIOL	24.14
HEMOSOL BO	40.13
HEPARIN	20.3
HÉPARINE	20.3
HÉPARINE LÉO	20.3
HÉPARINE SODIQUE	20.3
HÉPARINE SODIQUE/CHLORURE DE SODIUM	20.4
HÉPARINE SODIQUE/ DEXTROSE	20.4
HÉPARINE SODIQUE/ SODIUM (CHLORURE DE)	20.4
HÉPARINE SODIQUE ET NAOL 0.9%	20.4
HÉPARINE SODIQUE INJECTABLE	20.3
HÉPARINE SODIQUE INJECTABLE, USP	20.3
HÉPARINE SODIQUE INJECTABLE USP	20.3
HEPARIN SODIUM	20.3
HEPARIN SODIUM - 5% DEXTROSE	20.4
HEPSERA	8.16
HERZUMA	10.15
HEXABRIX-200	36.2
HEXABRIX-320	36.2
HEXAVITAMINES N.F.	88.3
HISTANTIL	28.41
HUILE D'AMANDE DOUCE	84.6
HUILE DE RICIN	56.1
HUILE DE RICIN	56.1

HUILE DE SOJA/TRIGLYCÉRIDES À CHAÎNE MOYENNE/	
HUILE D'OLIVE/HUILE DE POISSON	40.9
HUILE ÉTHIODÉE	36.2
HUILE MINÉRALE	56.1, 56.6
HUILE MINÉRALE	56.1
HUILE MINÉRALE/ MYRISTATE D'ISOPROPYLE/	
LANOLINE DÉCIRÉE	84.6
HUILE MINÉRALE/ MYRISTATE ET SÉBACATE	
D'ISOPROPYLE	84.7
HULIO (SERINGUE)	90.3, 90.4
HULIO (STYLO)	90.3, 90.4
HUMALOG KWIKPEN	68.13
HUMALOG MIX 25	68.13
HUMALOG MIX 25 KWIKPEN	68.13
HUMATIN	8.18
HUMULIN 30/70	68.13
HUMULIN N	68.13
HUMULIN N KWIKPEN	68.13
HUMULIN R	68.13
HUMULIN R KWIKPEN	68.13
HYDERM	84.4
HYDRALAZINE	24.10
HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D')	24.10
HYDRÉA	10.7
HYDROCHLOROTHIAZIDE	40.10
HYDROCHLOROTHIAZIDE	40.10
HYDROCODONE (BITARTRATE DE)	48.1
HYDROCORTISONE	68.2, 68.4
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')	84.4
HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')/ URÉE	84.4
HYDROCORTISONE (SUCCINATE SODIQUE D')	68.2
HYDROCORTISONE (VALÉRATE D')	84.4
HYDROGEL	84.8
HYDROMORPH CONTIN	28.4, 28.5
HYDROMORPHONE	28.5
HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D')	28.4
HYDROMORPHONE HP 10	28.5
HYDROMORPHONE HP 20	28.5
HYDROMORPHONE HP 50	28.5
HYDROPHIL	84.7
HYDROVAL	84.4
HYDROXYCHLOROQUINE	8.18
HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')	8.18
HYDROXYÉTHYLAMIDON/ SODIUM (CHLORURE DE)	40.4
HYDROXYÉTHYLAMIDON/ SOLUTION	
D'ÉLECTROLYTES	40.4
HYDROXYPROPYL CELLULOSE	52.5
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE	52.5
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70	52.6
HYDROXYURÉE	10.7
HYDROXYZINE	28.41
HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D')	28.41
HYOSCINE	
HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')	12.3
HYRIMOZ (SERINGUE)	90.3-90.5
HYRIMOZ (STYLO)	90.3-90.5
HYZAAR	24.27, 24.28
HYZAAR DS	24.28

I

IBRANCE	10.12
IBRITUMOMAB TIUXETAN	10.7
IBRUTINIB	10.8
IBUPROFEN	28.2
IBUPROFÈNE	28.2
I-CAL 500	40.1
I-CAL D400	40.2
ICATIBANT (ACÉTATE D')	92.4
ICATIBANT INJECTABLE	92.4
ICHTHOPASTE	94.15
ICOSAPENT ÉTHYLE	24.9
IDACIO (SERINGUE)	90.3, 90.4
IDACIO (STYLO)	90.3, 90.4
IDARUBICIN	10.8
IDARUBICINE (CHLORHYDRATE D')	10.8
IDÉLALISIB	10.8
IFEX	10.8
IFOSFAMIDE	10.8
IFOSFAMIDE	10.8
ILUMYA	84.6, 84.8
IMATINIB	10.8
IMATINIB (MÉSULATE D')	10.8
IMATINIB (MÉSULATE D') - TUMEUR STROMALE	
GASTRO-INTESTINALE	10.8

IMBRUVICA	10.8
IMFINZI	10.6
IMPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE	8.3
IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D')	28.23
IMIQUIMOD	84.8
IMITREX	28.42
IMITREX DF	28.43
IMITREX STAT DOSE	28.43
IMJUDO	10.15
IMMUCYST	80.3
IMMUNOGLOBULINE ANTI-VARICELLA ZOSTER	80.3
IMMUNOGLOBULINE RABIQUE (HUMAINE)	80.3
IMOGAM RAGE	80.3
IMOVAX RAGE	80.3
MURAN	90.7
IMVEXXY	68.5
INAVOLISIB	10.8
INCLISIRAN	24.9
INCLUNOX	20.3
INCLUNOX HP	20.3
INCBOBTULINUMTOXINA	12.8
INCRUSE ELLIPTA	12.4
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)	12.5
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)	12.5
INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)	12.5
INDAPAMIDE	40.11
INDAYO	68.4
INDOMÉTHACINE	28.2
INÉBILIZUMAB	90.1
INFLIXIMAB	90.5
INFLIXIMAB (REMICADE)	90.5
INHIBACE	24.19
INHIBACE PLUS	24.19
INJECTION CHLORHYDRATE DE PHÉNYLÉPHRINE 1 %	12.4
INJECTION D'HÉPARINE SODIQUE USP	20.3
INJECTION DE CARBÉTOCINE	76.1
INJECTION DE CYANOCOBALAMINE	88.1
INJECTION DE DIMENHYDRINATE	56.4
INJECTION DE DIMENHYDRINATE (AVEC AGENT DE CONSERVATION)	56.4
INJECTION DE FLUOROURACILE	10.7
INJECTION DE FUROSÉMIDE USP	40.10
INJECTION DE GENTAMICINE	8.1
INJECTION DE GLYCOPYRROLATE	12.3
INJECTION DE MALÉATE D'ERGONOVINE	76.1
INJECTION DE PROPOFOL	28.1
INLYTA	10.2
INNOHEP	20.5
INOMAX	24.9
INOTUZUMAB OZOGAMICINE	10.8
INPERSOL-DEXTROSE 2.5%	40.12
INPERSOL-DEXTROSE 4.25%	40.11
INREBIC	10.7
INSPOLTO RESPIMAT	12.5
INSPRA	24.31
INSTILLAGEL	84.2
INSULINE ASPARTE	68.12
INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE	68.12
INSULINE DÉGLUDEC	68.12
INSULINE DÉTÉMIR	68.12
INSULINE GLARGINE	68.12
INSULINE GLULISINE	68.12
INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE	68.13
INSULINE LISPRO	68.13
INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE	68.13
INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO- SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE	68.13
INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE	68.13
INTELENCE	8.14
INTERFÉRON BÉTA-1A	92.2
INTERFÉRON BÉTA-1B	92.2
INTRASITE	84.8
INTUNIV XR	24.15
INVANZ	8.3
INVEGA SUSTENNA	28.31, 28.32
INVEGA TRINZA	28.32
INVOKANA	68.13
IODE (TEINTURE D')	84.2
IODE-POVIDONE	84.2
IODIXANOL	36.2
IODOSORB	94.12
IODURE DE SODIUM	40.4
IODURE DE SODIUM (I-131)	78.1

IODURE DE SODIUM I-131	78.1
IOHEXOL	36.2
IOPAMIDOL	36.2
IOPIDINE	52.5
IOPROMIDE	36.2
IOTHALAMATE DE MÉGLUMINE	36.2
IOVERSOL	36.2
IOXAGLATE DE MÉGLUMINE/ IOXAGLATE DE SODIUM	36.2
IPILIMUMAB	10.8
IPRATROPIUM (BROMURE D')	12.4
IPRATROPIUM (BROMURE D')/ SALBUTAMOL (SULFATE DE)	12.5
IRBESARTAN	24.26, 24.27
IRBÉSARTAN	24.26
IRBÉSARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.27
IRBESARTAN HCT	24.27
IRBESARTAN HCTZ	24.27
IRESSA	10.7
IRINOTECAN	10.8
IRINOTECAN (CHLORHYDRATE TRIHYDRATE D')	10.8
IRINOTÉCAN POUR INJECTION	10.8
IRRIGATION DE RINGER AVEC LACTATE	40.12
ISATUXIMAB	10.8
ISAVUCONAZOLE	8.11
ISDN	24.9
ISENTRESS	8.15
ISENTRESS HD	8.15
ISOFLURANE	28.1
ISOFLURANE	28.1
ISOLEUCINE-LEUCINE-VALINE	40.9
ISONIAZIDE	8.12
ISOPROPYLE (MYRISTATE D')	84.2
ISOPROTÉRÉNOL	12.5
ISOPROTÉRÉNOL (CHLORHYDRATE D')	12.5
ISOPTIN SR	24.19
ISOPTO ATROPINE	52.2
ISOPTO CARPINE	52.4
ISOSORBIDE-5-MONONITRATE	24.9
ISOSULFAN BLEU	36.1
ISOTRÉTINOÏNE	84.8
ISOVUE 200	36.2
ISOVUE 300	36.2
ISOVUE 370	36.2
ITOVEBI	10.8
ITRACONAZOLE	8.11
IVABRADINE (CHLORHYDRATE D')	24.2
IVACAFTOR	48.3
I-VITAMIN B12 ER	88.1
IVOSIDÉNIB	10.8
IXÉKIZUMAB	84.8
IXIFI	90.5
IZBA	52.4

J

JAKAVI	10.14
JAMP-A.A.S. (CO CROQ.)	28.1
JAMP-A.A.S. (CO. ENT.)	28.1
JAMP-AAS EC	28.1
JAMP ABACAVIR/LAMIVUDINE	8.13
JAMP ABIRATERONE	10.1
JAMP-ACÉTAMINOPHÈNE	28.8
JAMP-ACIDE FOLIQUE	88.1
JAMP-ALENDRONATE	92.3
JAMP ALENDRONATE / VITAMIN D3	92.3
JAMP ALENDRONATE SODIUM	92.3
JAMP-ALLOPURINOL	92.1
JAMP AMBRISENTAN	48.3
JAMP AMIODARONE	24.1
JAMP-AMITRIPTYLINE	28.19
JAMP-AMITRIPTYLINE TABLETS	28.19
JAMP-AMLODIPINE	24.15, 24.16
JAMP-AMOXICILLIN	8.5
JAMP AMOXI CLAV	8.5
JAMP AMOXI CLAV SUSPENSION	8.6
JAMP-ANASTROZOLE	68.5
JAMP ANASTROZOLE TABLETS	68.5
JAMP APIXABAN	20.1, 20.2
JAMP APREMILAST	90.2
JAMP APREMILAST (EMBALLAGE DE DÉPART)	90.2
JAMP ARIPIRAZOLE	28.27, 28.28
JAMP-ASA 81 MG EC	28.1
JAMP ATAZANAVIR	8.13
JAMP-ATENOLOL	24.12
JAMP ATOMOXETINE	28.46

JAMP ATORVASTATIN	24.4, 24.5
JAMP-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
JAMP ATORVASTATIN TABLETS	24.4, 24.5
JAMP-AZITHROMYCIN	8.4
JAMP BACLOFEN	12.7, 12.8
JAMP-BEZAFIBRATE SR	24.3
JAMP-BICALUTAMIDE	10.3
JAMP BIMATOPROST SOLUTION RC	52.4
JAMP-BISACODYL	56.1
JAMP BISOPROLOL	24.12
JAMP BRIMONIDINE	52.3
JAMP BRIMONIDINE/TIMOLOL	52.3
JAMP BUSPIRONE	28.41
JAMP CABERGOLINE	28.44
JAMP-CALCIUM	40.1
JAMP-CALCIUM + VITAMINE D 500 UI	40.2
JAMP CALCIUM CARBONATE D 1000	40.3
JAMP CALCIUM CARBONATE D 1000 CROQUABLE	40.3
JAMP CALCIUM CARBONATE D 125	40.2
JAMP CALCIUM CARBONATE D 400 BLEU FONCÉ	40.2
JAMP CALCIUM CARBONATE D 400 BLEU PÂLE	40.2
JAMP CALCIUM CARBONATE D 400 CROQUABLE	40.3
JAMP CALCIUM CARBONATE D 400 ROSE	40.2
JAMP CALCIUM CARBONATE D 800	40.2
JAMP-CALCIUM CITRATE + VITAMINE D 1000 UI	40.3
JAMP-CALCIUM CITRATE + VITAMINE D 500 UI	40.3
JAMP CALCIUM CITRATE D 400 CROQUABLE	40.3
JAMP-CALCIUM CITRATE ET VITAMINE D 200 UI	40.3
JAMP-CALCIUM CITRATE LIQ	40.3
JAMP CALCIUM CITRATE LIQ. D400	40.3
JAMP-CALCIUM CITRATE LIQ D1000	40.3
JAMP CALCIUM POLYSTYRENE SULFONATE	40.7
JAMP CANAGLIFLOZIN	68.13
JAMP-CANDESARTAN	24.25, 24.26
JAMP-CANDESARTAN HCT	24.26
JAMP-CARVEDILOL	24.12, 24.13
JAMP CEFADROXIL	8.1
JAMP CEFUROXIME	8.2
JAMP-CELECOXIB	28.1, 28.2
JAMP CEPHALEXIN	8.3
JAMP CEPHALEXIN SUSPENSION	8.3
JAMP-CETIRIZINE	4.1
JAMP CHLORTHALIDONE	40.11
JAMP-CHOLESTYRAMINE	24.2
JAMP CINACALCET	68.16
JAMP-CIPROFLOXACIN	8.7
JAMP-CITALOPRAM	28.19, 28.20
JAMP-CLINDAMYCIN	8.9
JAMP-CLOPIDOGREL	20.6
JAMP CLOXACILLIN	8.6
JAMP-COLCHICINE	92.1
JAMP-CYANOCOBALAMIN	88.1
JAMP-CYCLOBENZAPRINE	12.7
JAMP-CYPROHEPTADINE	4.1
JAMP-D2-DOL	88.2
JAMP-D3-DOL	88.3
JAMP DAPAGLIFLOZIN	68.14
JAMP DICLOFENAC	52.2
JAMP-DICYCLOMINE HCL	12.3
JAMP DIENOGEST	68.18
JAMP DIGOXIN	24.1, 24.2
JAMP DILTIAZEM CD	24.18
JAMP DILTIAZEM T	24.17, 24.18
JAMP-DIMENHYDRINATE	56.4
JAMP DIMETHYL FUMARATE	28.47
JAMP-DIPHENHYDRAMINE	4.1
JAMP-DOMPERIDONE	56.8
JAMP-DONEPEZIL TABLETS	12.1, 12.2
JAMP-DORZOLAMIDE	52.4
JAMP DORZOLAMIDE-TIMOLOL	52.3, 52.4
JAMP-DOXAZOSIN	24.11
JAMP DOXYCYCLINE CAPSULES	8.8
JAMP DOXYCYCLINE TABLETS	8.9
JAMP DULOXETINE	28.21
JAMP-DULOXETINE	28.21
JAMP DUTASTERIDE	92.1
JAMP-DUTASTERIDE	92.1
JAMP EDOXABAN	20.2
JAMP-EFAVIRENZ	8.13
JAMP EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE	8.14
JAMP ELETRIPTAN	28.42
JAMP EMTRICITABINE/ TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE	8.14
JAMP-ENALAPRIL	24.19, 24.20
JAMP-ENTECAVIR	8.17
JAMP ENZALUTAMIDE	10.6
JAMP-ENZYME LACTASE EXTRA-PUISSANT	56.3
JAMP-ENZYME LACTASE RÉGULIER	56.3

JAMP EPLERENONE	24.31
JAMP-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
JAMP-EZETIMIBE	24.2
JAMP FAMOTIDINE	56.6
JAMP-FEBUXOSTAT	92.2
JAMP-FINASTERIDE	92.1
JAMP FINGOLIMOD	92.2
JAMP FLECAINIDE	24.1
JAMP-FLUCONAZOLE	8.10
JAMP FLUCONAZOLE 150	8.10
JAMP FLUDROCORTISONE	68.1
JAMP-FLUOXETINE	28.22
JAMP FLUOXETINE SOLUTION	28.22
JAMP-FOLIC ACID	88.1
JAMP-FOSFOMYCIN	8.18
JAMP-FOSINOPRIL	24.20
JAMP-GABAPENTIN	28.11, 28.14
JAMP GABAPENTIN CAPSULES	28.11
JAMP GEFITINIB	10.7
JAMP GLICLAZIDE-MR	68.14
JAMP-GLUCOSE 50	36.1
JAMP-GLUCOSE 75	36.1
JAMP GRANISETRON	56.4
JAMP GUANFACINE XR	24.14, 24.15
JAMP-HC CRÈME 1%	84.4
JAMP-HYDRALAZINE	24.10
JAMP-HYDROCORTISONE 1%	84.4
JAMP-HYDROCORTISONE ACETATE 1 % UREA 10 % CREAM	84.4
JAMP-HYDROCORTISONE ACETATE 1 % UREA 10 % LOTION	84.4
JAMP-HYDROCORTISONE CREAM 1 %	84.4
JAMP-HYDROCORTISONE LOTION 1 %	84.4
JAMP HYDROXYCHLOROQUINE	8.18
JAMP-IBUPROFÈNE	28.2
JAMP IMATINIB	10.8
JAMP IMIPRAMINE	28.23
JAMP IPRATROPIUM HFA	12.4
JAMP IRBESARTAN	24.26, 24.27
JAMP ITRACONAZOLE	8.11
JAMP-K 20	40.5
JAMP-K 8	40.5
JAMP-K-CITRATE	40.6
JAMP-K EFFERVESCENT	40.6
JAMP-LACOSAMIDE	28.15
JAMP-LACTASE ENZYME	56.3
JAMP LACTOGLUCONATE CALCIUM	40.4
JAMP LACTOGLUCONATE CALCIUM + VITAMINE D 1000	40.4
JAMP LACTOGLUCONATE CALCIUM + VITAMINE D 400	40.4
JAMP-LACTULOSE	40.1, 40.1
JAMP LAMIVUDINE	8.14
JAMP LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE	8.15
JAMP LAMIVUDINE HBV	8.14
JAMP LAMOTRIGINE	28.15, 28.16
JAMP-LATANOPROST	52.4
JAMP-LATANOPROST/TIMOLOL	52.3, 52.4
JAMP LENALIDOMIDE	10.9
JAMP-LETROZOLE	68.6
JAMP LEUCOVORIN	91.1
JAMP-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
JAMP LEVETIRACETAM TABLETS	28.16, 28.17
JAMP LEVOCARB	28.44
JAMP LEVOFLOXACIN	8.8
JAMP LINEZOLID	8.9
JAMP LISDEXAMFETAMINE	28.37, 28.38
JAMP-LISINAPRIL	24.20, 24.21
JAMP-LOPERAMIDE	56.1
JAMP-LOSARTAN	24.27
JAMP LURASIDONE	28.29, 28.30
JAMPLYTE (280G)	56.2
JAMP-MAGNESIUM	40.5
JAMP METFORMIN	68.8
JAMP METHADONE ORAL CONCENTRATE	28.6
JAMP METHIMAZOLE	68.20
JAMP METHOTREXATE TABLETS	10.10
JAMP-METOPROLOL-L	24.13
JAMP MIDODRINE	12.4
JAMP-MIRTAZAPINE	28.23
JAMP MODAFINIL	28.39
JAMP-MONTELUKAST	48.2
JAMP MONTELUKAST CHEWABLE TABLETS	48.2
JAMP-MOXIFLOXACIN	8.8
JAMP-MOXIFLOXACIN TABLETS	8.8
JAMP-MYCOPHENOLATE	90.7
JAMP-NÉVIRAPINE	8.15
JAMP NIFEDIPINE ER	24.17
JAMP NINTEDANIB	48.1
JAMP NITROFURANTOIN	8.19
JAMP NITROFURANTOIN BID	8.19
JAMP-NYSTATIN	8.12

JAMPOCAINE 5%	84.6
JAMP-OLANZAPINE FC	28.30, 28.31
JAMP-OLANZAPINE ODT	28.31
JAMP-OLMESARTAN	24.28
JAMPOLYCIN	84.1
JAMP-OMEPRAZOLE DR (CO.)	56.8
JAMP-ONDANSETRON	56.4, 56.5
JAMP ONDANSETRON ODF	56.5
JAMP OSELTAMIVIR	8.16
JAMP-PANTOPRAZOLE	56.8
JAMP PANTOPRAZOLE SODIUM	56.8
JAMP PAROXETINE	28.24
JAMP-PAROXETINE	28.24
JAMP PENTOXIFYLLINE SR	20.8
JAMP-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
JAMP PERINDOPRIL / INDAPAMIDE	24.22
JAMP PERINDOPRIL ERBUMINE	24.21, 24.22
JAMP PHENOBARBITAL	28.9, 28.10
JAMP PILOCARPINE	12.2
JAMP-PIOGLITAZONE	68.15
JAMP PIRFENIDONE	48.1
JAMP POMALIDOMIDE	10.13
JAMP POSACONAZOLE	8.11
JAMP-POTASSIUM CHLORIDE	40.5
JAMP-POTASSIUM CHLORIDE ER	40.5
JAMP PRASUGREL	20.6
JAMP-PRAVASTATIN	24.6
JAMP-PREGABALIN	28.12, 28.13
JAMP-PYRANTEL PAMOATE	8.1
JAMP-PYRANTEL PAMOATE SUSPENSION	8.1
JAMP PYRIDOSTIGMINE BROMIDE	12.2
JAMP-QUETIAPINE	28.32, 28.33
JAMP QUETIAPINE FUMARATE	28.32, 28.33
JAMP QUINAPRIL	24.22
JAMP QUINAPRIL / HCTZ	24.23
JAMP-QUININE	8.18
JAMP-QUININE (CAPS.)	8.18
JAMP RABEPRAZOLE	56.8
JAMP RALOXIFENE	68.6
JAMP-RAMIPRIL	24.24
JAMP-RANITIDINE	56.6
JAMP RASAGLINE	28.45
JAMP REHYDRALYTE	40.4
JAMP REPAGLINIDE	68.13
JAMP-RISPERIDONE	28.35, 28.36
JAMP RIVAROXABAN	20.4, 20.5
JAMP RIVASTIGMINE	12.2, 12.3
JAMP RIVASTIGMINE CAPSULES	12.2, 12.3
JAMP-RIZATRIPTAN	28.42
JAMP-RIZATRIPTAN ODT	28.42
JAMP ROSUVASTATIN CALCIUM	24.7, 24.8
JAMP-SENNA	56.2
JAMP-SENNOSIDES ENROBÉ	56.2
JAMP-SILDENAFIL R	24.10
JAMP SILODOSIN	12.7
JAMP-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
JAMP SITAGLIPTIN	68.10
JAMP SITAGLIPTIN HYDROCHLORIDE / METFORMIN	68.8, 68.9, 68.11
JAMP-SODIUM BICARBONATE	40.1
JAMP-SODIUM PHOSPHATE	40.5
JAMP SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE	40.7
JAMP-SOLIFENACIN	86.1
JAMP SOLIFENACIN SUCCINATE	86.1
JAMP-SOLUTION DE PHOSPHATE DE SODIUM	40.5
JAMP-SOTALOL	24.14
JAMP SPIRONOLACTONE	24.31
JAMP SULFASALAZINE	8.8
JAMP-SULFATE FERREUX	20.1
JAMP SUMATRIPTAN	28.43
JAMP SUMATRIPTAN DF	28.43
JAMP-TAMSULOSIN	12.7
JAMP TELMISARTAN	24.29
JAMP TELMISARTAN-HCT	24.29
JAMP TEMOZOLOMIDE	10.15
JAMP-TENOFOVIR	8.15
JAMP TERIFLUNOMIDE	92.2
JAMP TICAGRELOR	20.6
JAMP-TIMOLOL	52.3
JAMP TOFACITINIB	90.2
JAMP TOLTERODINE	86.1
JAMP-TOPIRAMATE	28.18
JAMP TOPIRAMATE TABLETS	28.18
JAMP TRAVOPROST Z	52.5
JAMP TRAZODONE	28.25, 28.26
JAMP TRETINOIN	10.16
JAMP TROSPiUM	86.2
JAMP-URSODIOL	56.3

JAMP VALACYCLOVIR	8.17
JAMP VALPROIC ACID ORAL SOLUTION	28.18
JAMP-VANCOMYCIN	8.10
JAMP-VITAMINE B1	88.1
JAMP-VITAMINE B12	88.1
JAMP-VITAMINE B12 L.A.	88.1
JAMP VITAMINE B6	88.1
JAMP-VITAMINE D	88.2, 88.3
JAMP-VITAMINE D (CAPS.)	88.3
JAMP-VITAMINE D (CO.)	88.3
JAMP-VITAMINES A-D-C	88.4
JAMP VORICONAZOLE	8.11
JAMPZINC - HC	84.4
JAMP-ZOLEDRONIC ACID	92.4
JAMP-ZOLMITRIPTAN	28.43
JAMP-ZOLMITRIPTAN ODT	28.43
JAMTEKI	90.6
JAMUREA 20	84.7
JANUMET	68.8, 68.9, 68.11
JANUMET XR	68.9, 68.11, 68.12
JANUVIA	68.10
JARDIANCE	68.14
JELIDO	84.6
JEMPERLI	10.5
JENCYCLA	68.4
JENTADUETO	68.16
JUBBONTI	90.1
JULUCA	8.13
JUXTAPID	24.9

K

K-20 POTASSIUM	40.5
KADCYLA	10.15
KADIAN	28.6
KALETRA	8.15
KALTOSTAT (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.1
KALTOSTAT 40 CM	94.1
KALTOTSTAT (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.2
KALTOTSTAT (7,5 CM X 12 CM - 90 CM²)	94.2
KALYDECO	48.3
KANJINTI	10.15
KANUMA	44.1
KAYEXALATE	40.7
KAZANO	68.15
K-CITRA	40.6
K-CITRA 10 SOLUTION	40.6
KENALOG-10	68.2
KENALOG-40	68.2
KENDALL PANS. À L'ALGINATE CALCIUM (10,2CMX10,2CM-104 CM²)	94.1
KENDALL PANS. À L'ALGINATE CALCIUM (10,2CM X 14CM-143 CM²)	94.1
KENDALL PANS. À L'ALGINATE CALCIUM (10,2XM X 20,3CM-207 CM²)	94.2
KENDALL PANS. À L'ALGINATE CALCIUM (15,2CM X 25,4CM-386 CM²)	94.2
KENDALL PANS. À L'ALGINATE CALCIUM (30,5CM X 61CM-1860 CM²)	94.2
KENDALL PANS. À L'ALGINATE CALCIUM (5,1 CM X 5,1 CM- 26CM²)	94.2
KENDALL PANS. MOUSSE HYDROPHILE (10,2 CM X 20,3 CM -207 CM²)	94.4
KENDALL PANS. MOUSSE HYDROPHILE (12,7 CM X 12,7 CM -161 CM²)	94.3
KENDALL PANS. MOUSSE HYDROPHILE (15,2 CM X 15,2 CM -231 CM²)	94.4
KENDALL PANS. MOUSSE HYDROPHILE (20,3 CM X 20,3 CM -412 CM²)	94.4
KENDALL PANS. MOUSSE HYDROPHILE (7,6 CM X 7,6 CM - 58 CM²)	94.5
KENDALL PANS. SUP. ALG. CALCIUM (10,2 CMX10,2 CM - 104 CM²)	94.1
KENDALL PANSEMENT MOUSSE HYDROPHILE (10 CM X 10 CM- 100 CM²)	94.3
KENDALL PANSEMENT MOUSSE HYDROPHILE (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.5
KEPPRA	28.16, 28.17
KERENDIA	24.31
KESIMPTA (STYLO)	92.2
KÉTALAR	28.1
KÉTAMINE (CHLORHYDRATE DE)	28.1
KÉTOCONAZOLE	8.11, 8.1
KETODERM	84.1
KÉTOPROFÈNE	28.3

KETOPROFEN-E 100 MG	28.3
KETOPROFEN SR 200 MG	28.3
KETOROLAC	52.2
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	52.2
KÉTOTIFÈNE (FUMARATE DE)	4.1
KEVZARA	90.5
KEYTRUDA	10.13
KIMMTRAK	10.14
KINEVAC	36.1
KIRSTY	68.12
KISQALI	10.14
KIVEXA	8.13
K-LYTE	40.6
KOSELUGO	10.14
KUVAN	92.5
KWELLADA-P CRÈME RINSE	84.2
KWELLADA-P LOTION	84.2
KYLEENA	68.4
KYMRIAH	10.15
KYPROLIS	10.4

L

LABETALOL	24.13
LABETALOL (CHLORHYDRATE DE)	24.13
LACOSAMIDE	28.15
LACOSAMIDE	28.15
LACRISERT	52.5
LACTAID EXTRA FORTE	56.3
LACTASE	56.3
LACTATE DE MILRINONE INJECTABLE	24.2
LACTATE DE SODIUM	40.1
LACTATE DE SODIUM M/6	40.1
LACTIQUE (ACIDE)	84.7
LACTIQUE (ACIDE NEUTRALISÉE)	84.7
LACTOSE	92.5
LACTULOSE	40.1, 40.1
LACTULOSE	40.1, 40.1
LAIT DE MAGNÉSIE	56.1
LAMICTAL	28.15, 28.16
LAMISIL	84.1
LAMIVUDINE	8.14
LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE	8.15
LAMOTRIGINE	28.15
LAMOTRIGINE	28.15, 28.16
LANCORA	24.2
LANOXIN	24.2
LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE)	68.18
LANSOPRAZOLE	56.7
LANSOPRAZOLE	56.7
LANSOPRAZOLE/ AMOXICILLINE/ CLARITHROMYCINE	56.10
LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)	40.7
LANTUS	68.12
LANVIS	10.15
LAPATINIB	10.9
LAPELGA	20.7, 20.8
L-ARGININE	36.1
LAROTRECTINIB	10.9
LASIX	40.10
LASIX SPÉCIAL	40.10
LATANOPROST	52.4
LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE)	52.3, 52.4
LATANOPROSTÈNE BUNOD	52.4
LATUDA	28.29, 28.30
LAX-A-DAY	56.2
LAX-A-DAY PHARMA	56.2
LAX-A FIBRE	56.2
LAX-A NEMA	56.2
LAX-A SENNA	56.2
LAYLAA 21	68.4
LAYLAA 28	68.4
LAZCLUZE	10.9
LAZERTINIB	10.9
LÉBRIKIZUMAB	84.5
LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR	8.17
LEFLUNOMIDE	90.2
LÉFLUNOMIDE	90.2
LEMTRADA	90.1
LÉNALIDOMIDE	10.9
LENAVATINIB	10.9
LENVIMA	10.9, 10.10
LEQVIO	24.9
LÉTERMOVIR	8.15
LETROZOLE	68.6
LÉTROZOLE	68.6

LEUCOVORIN	91.1
LEUCOVORINE	91.1
LEUCOVORINE CALCIQUE	91.1
LEUKERAN	10.4
LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)	68.7
LEVEMIR FLEXTOUCH	68.12
LEVEMIR PENFILL	68.12
LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
LÉVÉTIRACÉTAM	28.16
LÉVÉTIRACÉTAM INJECTABLE	28.17
LEVOCARB CR	28.44
LÉVOCARNITINE	40.9
LÉVODOPA/ BENSÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE)	28.43
LÉVODOPA/ CARBIDOPA	28.44
LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE	28.43
LEVOFLOXACIN	8.8
LEVOFLOXACINE	8.8
LÉVONORGESTREL	68.4
LÉVOTHYROXINE SODIQUE	68.19
LEVOTHYROXINE SODIQUE POUR INJECTION	68.19
LEVOTHYROXINE SODIUM	68.19
LIBTAYO	10.4
LIDEMOL CRÈME ÉMOLLIENT	84.3
LIDEX CRÈME	84.3
LIDEX ONGUENT	84.3
LIDOCAÏNE	84.6
LIDOCAÏNE	24.1
LIDOCAÏNE/CHLORHEXIDINE	84.2
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	24.1, 24.2, 24.1, 24.6
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)/ DEXTROSE	24.1
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)/ ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')	72.1
LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)/ ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D'), SANS PRÉSERVATIF	72.1
LIDOCAÏNE 0.4% (1 G) ET DEXTROSE 5%	24.1
LIDOCAÏNE HYDROCHLORIDE INJECTION	72.1
LIDODAN	84.6
LIDODAN ENDOTRACHÉALE	52.2
LIDODAN JELLY 2 %	84.6
LIDODAN VISQUEUSE	52.2
LINAGLIPTINE	68.9
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	68.16
LINCTUS CODÉINE BLANC	48.1
LINESSA 21	68.3
LINESSA 28	68.3
LINEZOLIDE	8.9
LINEZOLID INJECTION	8.9
LIOTHYRONINE SODIQUE	68.19
LIPIDIL EZ	24.3
LIPIDIL EZ (145 MG)	24.3
LIPIDIL SUPRA (160 MG)	24.3
LIPIODOL ULTRA FLUID	36.2
LIPITOR	24.4, 24.5
LIQUICAL D 400	40.1
LIQUI-JAMP	40.1
LIQUI-JAMP FORT	40.1
LIQUI-JAMP PLUS	40.1
LIRAGLUTIDE	68.12
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)	28.37
LISINAPRIL	24.20
LISINAPRIL	24.20, 24.21
LISINAPRIL/HCTZ (TYPE Z)	24.21
LISINAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.21
LISINAPRIL (TYPE Z)	24.20, 24.21
LISINAPRIL TABLETS	24.20, 24.21
LISOCABTAGÈNE MARALEUCÉL	10.10
LITHANE	28.41
LITHIUM (CARBONATE DE)	28.41
LIVTENCITY	8.18
LMD 10% P/V- CHLORURE DE SODIUM 0.9%	40.4
LODALIS	24.2
LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)	52.1
LOMINE 10 MG	12.3
LOMITAPIDE (MÉSYLATE DE)	24.9
LOMOTIL	56.1
LOMUSTINE	10.10
LONITEN	24.10
LONSURF	10.16
LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	56.1
LOPÉRAMIDE-2	56.1
LOPINAVIR/ RITONAVIR	8.15
LOPROX	84.1
LORATADINE	4.1
LORAZÉPAM	28.40
LORAZÉPAM INJECTABLE	28.40
LORAZÉPAM INJECTION	28.40
LORBRENA	10.10
LORLATINIB	10.10

LOSARTAN	24.27
LOSARTAN/HCT	24.27, 24.28
LOSARTAN/HCTZ	24.27, 24.28
LOSARTAN HCT DS	24.28
LOSARTAN POTASSIQUE	24.27
LOSARTAN POTASSIQUE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.27
LOSEC (CAPS.)	56.8
LOVASTATIN	24.5
LOVASTATINE	24.5
LOXAPAC I.M.	28.29
LOXAPINE (CHLORHYDRATE DE)	28.29
LOXAPINE (SUCCINATE DE)	28.29
L-TRYPTOPHANE	28.23
LUMASIRAN SODIQUE	92.5
LUMIGAN RC	52.4
LUPIN-CEPHALEXIN	8.3
LUPIN-ESTRADIOL	68.4, 68.5
LUPIN-TIOTROPIUM	12.4
LUPIN-TIOTROPIUM (AVEC LUPINHALER)	12.4
LUPRON DEPOT	68.7
LURASIDONE	28.29, 28.30
LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE)	28.29
LUSPATERCEPT	20.7
LUTATHERA	10.12, 10.1
LUTÉCIUM VIPIOTIDE TÉTRAXÉTAN	10.10
LUVOX	28.22
LUXA-D	88.2
LUXTURNA	26.1
LYDERM	84.3
LYNPARZA	10.12
LYRICA	28.12, 28.13
LYSODREN	10.11
LYTREN NURSETTE	40.4

M

MACITENTAN	48.3
MAEVE	68.4
MAGLUCATE	40.5
MAGNÉSIUM (CITRATE DE)	56.2
MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)	40.5
MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE)	40.5
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE)	56.1
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)	56.1
MAGNÉSIUM (SULFATE DE)	28.17
MAGNÉSIUM (SULFATE DE)	28.17
MAGNÉSIUM - ADDITIF POUR HÉMODIALYSE	40.13
MAGNESIUM-ODAN	40.5
MAGNÉSIUM-POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES/ DEXTROSE	40.5
MAGNÉSIUM-POTASSIUM-SODIUM/ ACÉTATE-CHLORURES-GLUCONATE	40.5
MAGNÉSIUM POUR DIL. 1+34	40.13
MAGNÉSIUM POUR DIL. 1+35,83	40.13
MAGNÉSIUM POUR DIL. 1+44	40.13
MALARONE	8.18
MALARONE PÉDIATRIQUE	8.18
M-ALENDRONATE	92.3
M-AMLODIPINE	24.15, 24.16
M-AMOXI CLAV	8.6
MANDÉLAMINE	8.19
MANGANÈSE (SULFATE DE)	40.5
MANNITOL	36.1, 36.10
MANNITOL	36.1, 36.10
MANNITOL/ SORBITOL	40.12
M-APIXABAN	20.1, 20.2
MAR-ABIRATERONE	10.1
MAR-ACARBOSE	68.7
MAR-AFATINIB	10.1
MAR-ALLOPURINOL	92.1
MAR-AMITRIPTYLINE	28.19
MAR-AMLODIPINE	24.15, 24.16
MAR-ANASTROZOLE	68.5
MAR-APIXABAN	20.1, 20.2
MAR-ATENOLOL	24.12
MAR-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
MARAVIROC	8.15
MAR-AZITHROMYCIN	8.4
MARCAÏNE-EPINÉPHRINE	72.1
MAR-CELECOXIB	28.1, 28.2
MAR-CINACALCET	68.16
MAR-CITALOPRAM	28.19, 28.20
MAR-CLOPIDOGREL	20.6
MAR-DAPSONE	8.12
MAR-DIENOGEST	68.18

MAR-DILTIAZEM CD	24.18
MAR-DILTIAZEM T	24.17, 24.18
MAR-DIMETHYL FUMARATE	28.47
MAR-DOMPERIDONE	56.8
MAR-DONEPEZIL	12.1, 12.2
MAR-DOXEPIN	28.20
MAR-DULOXETINE	28.21
MAR-ENALAPRIL	24.19, 24.20
MAR-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
MAR-ETHOSUXIMIDE	28.10
MAR-EZETIMIBE	24.2
MAR-FEBUXOSTAT	92.2
MAR-FINGOLIMOD	92.2
MAR-FLECAINIDE	24.1
MAR-FLUCONAZOLE-150	8.10
MAR-FLUOXETINE	28.22
MARIBAVIR	8.18
MAR-LEFLUNOMIDE	90.2
MAR-METFORMIN	68.8
MAR-METHIMAZOLE	68.20
MAR-METOCLOPRAMIDE	56.9
MAR-MIDODRINE	12.4
MAR-MODAFINIL	28.39
MAR-MOXIFLOXACIN	8.8
MAR-MYCOPHENOLATE MOFETIL	90.7
MAR-MYCOPHENOLIC ACID	90.7
MAR-ONDANSETRON ODT	56.5
MAR-PANTOPRAZOLE	56.8
MAR-PAROXETINE	28.24
MAR-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
MAR-RAMIPRIL	24.24
MAR-RISPERIDONE	28.35
MAR-RIZATRIPTAN	28.42
MAR-RIZATRIPTAN ODT	28.42
MAR-SERTRALINE	28.25
MAR-TERIFLUNOMIDE	92.2
MAR-TRANEXAMIC ACID	20.8
MAR-TRIENTINE	64.1
MAR-TROSPIMUM	86.2
MARVELON 21	68.3
MARVELON 28	68.3
M-ASA 80 MG CROQUABLE	28.1
M-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
MATULANE	10.13
MAVACAMTEN	24.2
MAVENCLAD	90.1
MAVIK	24.25
MAVIRET	8.17
MAXALT	28.42
MAXALT RPD	28.42
MAXIDEX	52.1
MAXORB EXTRA (10,2 CM X 10,2 CM - 104 CM²)	94.1
MAXORB EXTRA (10,2 CM X 20,3 CM - 207 CM²)	94.2
MAXORB EXTRA (5,1 CM X 5,1 CM - 26 CM²)	94.2
MAXORB EXTRA POST-OP ROPE (30,5 CM)	94.1
MAYZENT	92.2
M-AZITHROMYCIN	8.4
M-B1 100 MG	88.1
M-B12 1200 MCG L.A.	88.1
M-B1 50 MG	88.1
M-B6 25 MG	88.1
M-BÉTAHISTINE	28.46
MCAL 500 MG	40.1
MCAL CITRATE LIQUIDE	40.3
MCAL CITRATE LIQUIDE D1000	40.3
MCAL CITRATE POUDRE	40.3
MCAL CITRATE POUDRE D 1000	40.3
MCAL D1000	40.3
MCAL D1000 À CROQUER	40.3
MCAL D400	40.2
MCAL D400 À CROQUER	40.3
MCAL D800	40.2
M-CELECOXIB	28.1, 28.2
M-CINACALCET	68.16
M-CITALOPRAM	28.19, 28.20
M-CLARITHROMYCIN	8.4
M-CLINDAMYCIN	8.9
M-CLOPIDOGREL	20.6
M-D1000 GEL	88.3
M-D400 GEL	88.3
M-D400 GOUTTES	88.3
M-DAPAGLIFLOZIN	68.14
M-DARUNAVIR	8.13
M-DIENOGEST	68.18
M-DILTIAZEM CD	24.18
M-DILTIAZEM T	24.17, 24.18
MDK-NITISINONE	92.5
M-DONEPEZIL	12.1, 12.2

M-DORZOLAMIDE-TIMOLOL	52.3, 52.4
M-DOXYCYCLINE	8.9
M-DULOXETINE	28.21
MÉBENDAZOLE	8.1
MED-BRIMONIDINE	52.3
MED-CLINDAMYCIN	8.9
MED-CYPROTERONE	92.5
MED-DORZOLAMIDE	52.4
MED-DORZOLAMIDE-TIMOLOL	52.3, 52.4
MED-DUTASTERIDE	92.1
MED-EXEMESTANE	68.6
MED-LATANOPROST	52.4
MED-LATANOPROST-TIMOLOL	52.3, 52.4
MED-RIVASTIGMINE	12.2, 12.3
MEDROL	68.2
MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE)	68.18
MEFENAMIC	28.3
MÉFÉNAMIQUE (ACIDE)	28.3
MEFLOQUINE	8.18
MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE)	8.18
MEGESTROL	68.18
MÉGESTROL (ACÉTATE DE)	68.18
MEKINIST	10.15
MEKTOVI	10.3
MELGISORB AG (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
MELGISORB AG (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
MELGISORB AG (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
MELGISORB PLUS (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.1
MELGISORB PLUS (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.1
MELGISORB PLUS (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.2
MELGISORB PLUS 45 CM	94.1
MELOXICAM	28.3
MÉLOXICAM	28.3
MELPHALAN	10.10
MEMANTINE	28.47
MÉMANTINE (CHLORHYDRATE DE)	28.47
MENOMUNE-A/C/Y/W-135	80.3
MENOPUR	68.7
MEPILEX (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
MEPILEX (10 CM X 20 CM - 179 CM²)	94.3
MEPILEX (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
MEPILEX (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
MEPILEX (20 CM X 50 CM - 1 000 CM²)	94.5
MEPILEX AG (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
MEPILEX AG (10 CM X 20 CM - 179 CM²)	94.10
MEPILEX AG (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.11
MEPILEX AG (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.11
MEPILEX AG (20 CM X 50 CM - 1 000 CM²)	94.12
MEPILEX BORDER AG (10 CM X 10 CM - 42 CM²)	94.13
MEPILEX BORDER AG (10 CM X 20 CM - 96 CM²)	94.13
MEPILEX BORDER AG (10 CM X 25 CM - 99 CM²)	94.12
MEPILEX BORDER AG (15 CM X 15 CM - 121 CM²)	94.12
MEPILEX BORDER AG (15 CM X 20 CM - 168 CM²)	94.12
MEPILEX BORDER AG (7,5 CM X 7,5 CM - 25 CM²)	94.13
MEPILEX BORDER FLEX (10 CM X 10 CM - 41 CM²)	94.8
MEPILEX BORDER FLEX (10 CM X 20 CM - 96 CM²)	94.8
MEPILEX BORDER FLEX (12,5 CM X 12,5 CM - 71 CM²)	94.8
MEPILEX BORDER FLEX (15 CM X 15 CM - 120 CM²)	94.6
MEPILEX BORDER FLEX (15 CM X 20 CM - 175 CM²)	94.6
MEPILEX BORDER FLEX (7,5 CM X 7,5 CM - 20 CM²)	94.8
MEPILEX BORDER FLEX LITE (10 CM X 10 CM - 42,25 CM²)	94.8
MEPILEX BORDER FLEX LITE (15 CM X 15 CM - 121 CM²)	94.6
MEPILEX BORDER FLEX LITE (5 CM X 12,5 CM - 21,25 CM²)	94.8
MEPILEX BORDER FLEX LITE (7,5 CM X 7,5 CM - 20,25 CM²)	94.8
MEPILEX BORDER SACRUM (16 CM X 20 CM - 120 CM²)	94.9
MEPILEX BORDER SACRUM (22 CM X 25 CM - 240 CM²)	94.9
MEPILEX BORDER SACRUM AG (18 CM X 18 CM - 121 CM²)	94.12
MEPILEX BORDER SACRUM AG (23 CM X 23 CM - 239 CM²)	94.12
MEPILEX LITE (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.5
MEPILEX LITE (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.5
MEPILEX LITE (20 CM X 50 CM - 1 000 CM²)	94.5
MEPILEX LITE (6,8 CM X 8,5 CM - 58 CM²)	94.5
MEPILEX UP (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
MEPILEX UP (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.3
MEPILEX UP (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
MEPILEX UP (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
MEPILEX UP (20 CM X 50 CM - 1 000 CM²)	94.5
MEPILEX XT (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
MEPILEX XT (10 CM X 20 CM - 178,6 CM²)	94.3
MEPILEX XT (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
MEPILEX XT (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.4
MEPILEX XT (20 CM X 50 CM - 1000 CM²)	94.5
MEPITEL (10 CM X 18 CM - 180 CM²)	94.15
MEPITEL (20 CM X 30 CM - 600 CM²)	94.15
MEPITEL (5 CM X 7,5 CM - 38 CM²)	94.15
MEPITEL (7,5 CM X 10 CM - 75 CM²)	94.15
MÉPIVACAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	72.1
MÉPOLIZUMAB	48.1, 48.4

MEPRON	8.18
MERCAPTOPURINE	10.10
MERCAPTOPURINE	10.10
MEROPENEM	8.4
MEROPENEM	8.4
MEROPENEM POUR INJECTION	8.4
MÉROPÉNEM POUR INJECTION	8.4
MÉROPÉNEM POUR INJECTION, USP	8.4
MESALT (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.1
MESALT (1 M)	94.1
MESALT (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.1
MESALT (7,5 CM X 7,5 CM - 56 CM²)	94.1
M-ESCALOPRAM	28.21, 28.22
M-ESLON	28.6
MESNA	92.4
MESNA	92.4
M-ESOMEPRAZOLE	56.7
MESTINON	12.2
MESTINON SUPRASPAN	12.2
MÉSULATE D'ÉRIBULINE POUR INJECTION	10.6
METADOL	28.5, 28.6
METADOL-D	28.6
METAMUCIL	56.2
METFORMIN	68.8
METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	68.8
METFORMIN FC	68.8
MÉTHACHOLINE (CHLORURE DE)	36.1
METHACHOLINE OMEGA	36.1
MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)	28.5
METHADOSE	28.6
METHADOSE (SANS SUCRE)	28.6
MÉTHAZOLAMIDE	52.4
MÉTHAZOLAMIDE	52.4
MÉTHÉNAMINE (MANDÉLATE DE)	8.19
MÉTHIMAZOLE	68.20
MÉTHOPRAZINE	28.30
MÉTHOTREXATE	10.10
MÉTHOTREXATE	10.10
MÉTHOTREXATE INJECTABLE	10.10
MÉTHOTREXATE POUR INJECTION BP	10.10
MÉTHOTREXATE SODIQUE	10.10
MÉTHOTREXATE SODIQUE INJECTABLE	10.10
MÉTHOTREXATE SODIQUE SANS PRÉSERVATIF	10.10
MÉTHOTREXATE SOUS-CUTANÉ	10.11
MÉTHOTRIMÉPAZINE	28.30
MÉTHYLDOPA	24.15
MÉTHYLDOPA	24.15
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	28.38
MÉTHYLPREDNISOLONE	68.2
MÉTHYLPREDNISOLONE	68.2
MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)	68.2
MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE)	68.2
MÉTHYLSULFATE DE NÉOSTIGMINE POUR INJECTION	12.2
MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	56.9
MÉTOCLOPRAMIDE OMEGA	56.9
METOJECT SOUS-CUTANÉ	10.11
METOLAZONE	40.11
MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)	24.13
METOPROLOL 100 MG	24.13
METOPROLOL 50 MG	24.13
METOPROLOL-L	24.13
METROGEL	84.1
MÉTRONIDAZOLE	8.18, 8.1
MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	24.1
MEZAVANT	56.9
MEZERA	56.9
M-EZETIMIBE	24.2
M-FEBUXOSTAT	92.2
M-FER SULFATE	20.1
M-FINASTERIDE	92.1
M-FLUCONAZOLE-150	8.10
M-FLUOXETINE	28.22
M-HC 1%	84.4
M-HC 1% LOTION	84.4
M-HC 1% PROTECTION	84.4
M-HC 1% UREA 10% CREAM	84.4
M-HC ACETATE 1%	84.4
MICAFUNGINE SODIQUE	8.12
MICAFUNGINE SODIQUE POUR INJECTION	8.12
MICARDIS	24.29
MICARDIS PLUS	24.29
MICRO+4 RÉGULIER	40.4
MICRO+6 CONCENTRÉ	40.4
MICRO+6 PÉDIATRIQUE	40.4
MICRO CR	40.4
MICRO CU	40.4
MICRO I	40.4
MICRO-K	40.5

MICRO MN	40.5
MICRO SE	40.6
MICRO ZN	40.7
MICRO ZN CONCENTRÉ	40.7
MICTORYL PÉDIATRIQUE	86.1
MIDAMOR	40.10
MIDAZOLAM	28.40
MIDAZOLAM	28.40
MIDODRINE	12.4
MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE)	12.4
MIDOSTAURINE	10.11
MIFEGYMISO	56.6, 56.1
MIFÉPRISTONE/MISOPROSTOL	56.6, 56.1
MIGALASTAT	92.5
MIGRANAL	12.7
MILEY 21	68.3
MILEY 28	68.3
MILRINONE (LACTATE DE)	24.2
MILRINONE LACTATE INJECTION	24.2
MINJUVI	10.14
MINOCYCLINE	8.9
MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	8.9
MIN-OVRAL 21	68.4
MIN-OVRAL 28	68.4
MINOXIDIL	24.10
MINT-ABACAVIR	8.12
MINT-ACITRETIN	84.7
MINT-ACYCLOVIR	8.16
MINT-ALENDRONATE	92.3
MINT-AMLODIPINE	24.16
MINT-ANASTROZOLE	68.5
MINT-APIXABAN	20.1, 20.2
MINT-APREMILAST	90.2
MINT-ARIPIPRAZOLE	28.27, 28.28
MINT-ATENOL	24.12
MINT-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
MINT-BETAHISTINE	28.46
MINT-BISOPROLOL	24.12
MINT-BUSPIRONE	28.41
MINT-CANDESARTAN	24.25, 24.26
MINT-CAPECITABINE	10.4
MINT-CARBAMAZEPINE	28.13
MINT-CELECOXIB	28.1, 28.2
MINT-CIPROFLOX	8.7
MINT-CITALOPRAM	28.19, 28.20
MINT-CLONIDINE	24.14
MINT-CLOPIDOGREL	20.6
MINT-DICLOFENAC	52.2
MINT-DONEPEZIL	12.1, 12.2
MINT-DULOXETINE	28.21
MINT-DUTASTERIDE	92.1
MINT-EMTRICITABINE/TENOFOVIR	8.14
MINT-ENTACAPONE	28.44
MINT-ENTECAVIR	8.17
MINT-EPLERENONE	24.31
MINT-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
MINT-EZETIMIBE	24.2
MINT-FAMOTIDINE	56.6
MINT-FINASTERIDE	92.1
MINT-FLUOXETINE	28.22
MINT-FUROSEMIDE	40.9, 40.10
MINT-GABAPENTIN	28.11
MINT-GLICLAZIDE MR	68.14
MINT-HYDRALAZINE	24.10
MINT-HYDROCHLOROTHIAZIDE	40.10
MINT-HYDROXYCHLOROQUINE	8.18
MINT-IMATINIB	10.8
MINT-INDOMETHACIN	28.2
MINT-IRBESARTAN	24.26, 24.27
MINT-IRBESARTAN/ HCTZ	24.27
MINT-ITRACONAZOLE	8.11
MINT-LACOSAMIDE	28.15
MINT-LETROZOLE	68.6
MINT-LEUCOVORIN	91.1
MINT-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
MINT-LEVETIRACETAM SOLUTION	28.17
MINT-LEVOCARB	28.44
MINT-LEVOFLOXACIN	8.8
MINT-LOSARTAN	24.27
MINT-LOSARTAN / HCTZ	24.27, 24.28
MINT-LOSARTAN / HCTZ DS	24.28
MINT-MEMANTINE	28.47
MINT-METFORMIN	68.8
MINT-METRONIDAZOLE	8.18
MINT-MEXILETINE	24.1
MINT-MONTELUKAST	48.2
MINT-NADOLOL	24.14
MINT-ODANSETRON SOLUTION	56.5

MINT-OLANZAPINE	28.30, 28.31
MINT-OLANZAPINE ODT	28.31
MINT-ONDANSETRON	56.4, 56.5
MINT-ONDANSETRON ODT	56.5
MINT-OSELTAMIVIR	8.16
MINT-PANTOPRAZOLE	56.8
MINT-PAROXETINE	28.24
MINT-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
MINT-PIOGLITAZONE	68.15
MINT-POSACONAZOLE	8.11
MINT-PRAVASTATIN	24.6
MINT-PREGABALIN	28.12, 28.13
MINT-QUETIAPINE	28.32, 28.33
MINT-QUETIAPINE XR	28.33, 28.34
MINT-RAMIPRIL	24.24
MINT-RANITIDINE	56.6
MINT-RISPERIDON	28.35, 28.36
MINT-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
MINT-SERTRALINE	28.25
MINT-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
MINT-SITAGLIPTIN	68.10
MINT-SPIRONOLACTONE	24.31
MINT-TELMISARTAN	24.29
MINT-TENOFOVIR	8.15
MINT-TIZANIDINE	12.7
MINT-TOLTERODINE	86.1
MINT-TOPIRAMATE	28.18
MINT-VALGANCICLOVIR	8.17
MINT-VARENICLINE	12.1
MINT-VARENICLINE (TROUSSE)	12.1
MINT-VENLAFAXINE XR	28.26
MINT-ZOLMITRIPTAN	28.43
MINT-ZOLMITRIPTAN ODT	28.43
MIOSTAT	52.4
MIRABEGRON	86.2
MIRAPEX	28.45
M-IRBESARTAN	24.26, 24.27
MIRENA	68.4
MIRIKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE)	56.9
MIRIKIZUMAB (MALADIE DE CROHN)	56.9
MIRTAZAPINE	28.23
MIRTAZAPINE	28.23
MIRVALA 21	68.3
MIRVALA 28	68.3
MISOPROSTOL	56.6
MISOPROSTOL	56.6
MITOMYCINE	10.11
MITOMYCINE	10.11
MITOMYCINE POUR INJECTION	10.11
MITOTANE	10.11
MITOXANTRONE	10.11
MITOXANTRONE (CHLORHYDRATE DE)	10.11
MITOXANTRONE INJECTION	10.11
M-K20 L.A.	40.5
M-K20 SOLUBLE	40.5
M-K8 L.A.	40.5
M-LANSOPRAZOLE	56.7
M-LATANOPROST	52.4
M-LATANOPROST-TIMOLOL	52.3, 52.4
M-LETROZOLE	68.6
M-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
M-MAGNESIUM	40.5
M-MAGNESIUM GLUCONATE 500 MG	40.5
M-METFORMIN	68.8
M-METHOTREXATE	10.10
M-MIDODRINE	12.4
M-MONTELUKAST	48.2
M-MOXIFLOXACIN	8.8
M-M-R-II	80.3
M-NIFEDIPINE ER	24.17
MOCLOBEMIDE	28.23
MOCLOBEMIDE	28.23
MODAFINIL	28.39
MODAFINIL	28.39
MOFÉTILMYCOPHÉNOLATE	90.7
MOGADON	28.40
MOGAMULIZUMAB	10.11
MOMÉLOTINIB (CHLORHYDRATE DE)	10.11
MOMETASONE	52.2
MOMÉTASONE (FUROATE DE)	68.2, 68.4
MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE)	52.2
MONOFERRIC	20.1
MONOVALENT	80.1, 80.2
MONOVALENT-ACARIENS	80.1, 80.2
MONOVALENT-CHAT	80.1
MONOVALENT NON-POLLEN	80.1
MONOVALENT-POLLEN	80.1
MONTELUKAST	48.2

MONTÉLUKAST SODIQUE	48.2
MONTÉLUKAST SODIQUE	48.2
MONUROL SACHET	8.18
MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE)	28.6
MORPHINE (SULFATE DE)	28.7
MORPHINE H.P. 50	28.7
MORPHINE LP EPIDURALE	28.7
MOVISSE	68.4
MOXIFLOXACIN	8.8
MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)	8.8
MOXIFLOXACINE INJECTABLE	8.8
MOZOBIL	20.8
M-PANTOPRAZOLE	56.8
M-PAROXETINE	28.24
M-PEG 3350	56.2
M-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
M-PILOCARPINE	12.2
M-PIRFENIDONE	48.1
M-PRAVASTATIN	24.6
M-PREGABALIN	28.12, 28.13
M-PROGESTERONE	68.19
M-QUETIAPINE FUMARATE XR	28.33, 28.34
M-RANITIDINE	56.6
M-RIVAROXABAN	20.4, 20.5
M-RIZATRIPTAN	28.42
M-RIZATRIPTAN ODT	28.42
M-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
MS CONTIN	28.6
M-SENNA 8,6 MG	56.2
M-SENNOSIDES 8,6 MG	56.2
M-SERTRALINE	28.25
MS-IR	28.6
M-SODIUM BICARBONATE	40.1
M-SODIUM PHOSPHATE	40.5
M-SOLIFENACIN SUCCINATE	86.1
M-TERIFLUNOMIDE	92.2
M-TICAGRELOR	20.6
M-TRANEXAMIC ACID	20.8
MULTI-1000	88.3
MULTIHANCE	36.2
MUPIROCINE	84.1
M-UREA 20	84.7
M-VALSARTAN	24.30
MVASI	10.2
M-VENLAFAXINE XR	28.26
MYA 28	68.3
MYCOBUTIN	8.12
MYCOPHENOLATE MOFETIL	90.7
MYCOPHÉNOATE MOFÉTIL	90.7
MYCOPHÉNOATE SODIQUE	90.7
MYCOPHENOLIC ACID	90.7
MYDFRIN 2.5%	52.2
MYDRIACYL	52.2
MYFEMBREE	68.7
MYFORTIC	90.7
MYLAN-ABACAVIR/LAMIVUDINE	8.13
MYLAN-ACYCLOVIR	8.16
MYLAN-ALMOTRIPTAN	28.42
MYLAN-AMLODIPINE	24.16
MYLAN-AMLODIPINE/ATORVASTATIN	24.3, 24.4, 24.16, 24.17
MYLAN-ATAZANAVIR	8.13
MYLAN-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
MYLAN-ATOVAQUONE/PROGUANIL	8.18
MYLAN-BACLOFEN	12.7, 12.8
MYLAN-BECLO AQ	52.1
MYLAN-BUDESONIDE AQ	52.1
MYLAN-CILAZAPRIL	24.19
MYLAN-CINACALCET	68.16
MYLAN-CLOBÉTASOL	84.3
MYLAN-DIVALPROEX	28.14
MYLAN-EFAVIRENZ	8.13
MYLAN-EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE	8.14
MYLAN-ELETRIPTAN	28.42
MYLAN-EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL	8.14
MYLAN-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
MYLAN-FLUCONAZOLE	8.11
MYLAN-GALANTAMINE ER	12.2
MYLAN-GLICLAZIDE MR	68.14
MYLAN-HYDROXYUREA	10.7
MYLAN-INDAPAMIDE	40.11
MYLAN-LAMOTRIGINE	28.15, 28.16
MYLAN-LANSOPRAZOLE	56.7
MYLAN-LATANOPROST	52.4
MYLAN-LATANOPROST/TIMOLOL	52.3, 52.4
MYLAN-MIRTAZAPINE	28.23
MYLAN-NAPROXEN/ESOMEPRAZOLE MR	28.3, 28.7

MYLAN-NEVIRAPINE	8.15
MYLAN-NIFEDIPINE EXTENDED RELEASE	24.17
MYLAN-NITRO PATCH 0.2	24.10
MYLAN-NITRO PATCH 0.4	24.10
MYLAN-NITRO PATCH 0.6	24.10
MYLAN-NITRO PATCH 0.8	24.10
MYLAN-ONDANSETRON	56.4, 56.5
MYLAN-PROPAFENONE	24.1
MYLAN-RILUZOLE	28.47
MYLAN-RIVASTIGMINE PATCH 10	12.3
MYLAN-RIVASTIGMINE PATCH 5	12.3
MYLAN-RIZATRIPTAN ODT	28.42
MYLAN-SUMATRIPTAN	28.43
MYLAN-TENOFOVIR DISOPROXIL	8.15
MYLAN-TOPIRAMATE	28.18
MYLAN-VALACYCLOVIR	8.17
MYLAN-VERAPAMIL SR	24.19
MYLERAN	10.3
MYL-ESOMEPRAZOLE	56.7
MYLOTARG	10.7
MYOZYME	44.1
MYRBETRIQ	86.2
MYSTEP	68.4

N

NABILONE	56.6
NADOLOL	24.14
NADOLOL	24.14
NADROPARINE CALCIQUE	20.4
NADRYL 25	4.1
NAFARELIN (ACETATE DE)	68.7
NALOXONE	28.9
NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)	28.9
NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)	28.9
NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE)	28.9
NAPROSYN E	28.3
NAPROSYN S.R. 750 MG	28.3
NAPROXÈNE	28.3
NAPROXÈNE/ESOMÉPRAZOLE	28.3, 28.7
NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE)	28.42
NARDIL	28.24
NAROPIN	72.1
NASACORT ALLERGIE 24H	52.2
NASACORT AQ	52.2
NASONEX	52.2
NAT-ABIRATERONE	10.1
NATALIZUMAB	90.1
NAT-ANASTROZOLE	68.5
NAT-APIXABAN	20.1, 20.2
NAT-AZACITIDINE	10.2
NAT-BENDAMUSTINE	10.2
NAT-BOSENTAN	48.3
NAT-CETIRIZINE	4.1
NATCO-CITALOPRAM	28.19, 28.20
NATCO-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
NAT-ERIBULIN	10.6
NAT-ERLOTINIB	10.6
NAT-EVEROLIMUS	10.6, 10.7
NAT-GEFITINIB	10.7
NAT-GRANISETRON	56.4
NAT-IMATINIB	10.8
NAT-LANTHANUM	40.7
NAT-LENALIDOMIDE	10.9
NAT-LETROZOLE	68.6
NAT-MONTELUKAST	48.2
NAT-ONDANSETRON	56.4, 56.5
NAT-OSELTAMIVIR	8.16
NAT-POMALIDOMIDE	10.13
NAT-PREGABALIN	28.12, 28.13
NAT-RIZATRIPTAN ODT	28.42
NAT-SITAGLIPTIN	68.10
NAT-SUNITINIB	10.14
NAT-TENOFOVIR	8.15
NAT-TERIFLUNOMIDE	92.2
NAT-ZOLMITRIPTAN	28.43
NB-AMLODIPINE	24.15, 24.16
NB-APIXABAN	20.1, 20.2
NB-CITALOPRAM	28.19, 28.20
NB-PANTOPRAZOLE	56.8
NB-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
NB-PREGABALIN	28.12, 28.13
NB-QUETIAPINE XR	28.33, 28.34
NB-RIVAROXABAN	20.4, 20.5

NB-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
NB-SERTRALINE	28.25
NB-VALACYCLOVIR	8.17
NEBUSAL 7 %	40.7
NÉO-CAL-D 500	40.2
NEO-CAL-D FORTE	40.2
NEORAL	90.7
NEOSTIGMINE (MÉTHYLSULFATE DE)	12.2
NEOSTIGMINE OMEGA	12.2
NÉO-ZOL	84.1
NESINA	68.9
NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE)	56.4
NEULEPTIL	28.32
NEUPRO	28.45
NEURONTIN	28.11, 28.14
NÉVIRAPINE	8.15
NEXAVAR	10.14
NEXIUM	56.7
NEXPLANON	68.4
NEXTSTELLIS	68.3
NICODERM	12.1
NICORETTE MENTHE	12.1
NICOTINE	12.1
NICOTINE GOMME À MÂCHER	12.1
NIDAGEL	84.1
NIFEDIPINE	24.17
NIFÉDIPINE	24.17
NILOTINIB	10.11
NILUTAMIDE	10.12
NIMODIPINE	24.17
NIMOTOP	24.17
NINTEDANIB (ÉSILATE DE)	48.1
NIOPEG	20.7
NIRAPARIB/ABIRATÉRON (ACÉTATE D')	10.12
NIRAPARIB (TOSYLATE DE)	10.12
NIRMATRELVIR/RITONAVIR	8.18
NIRSEVIMAB	8.16
NITISINONE	92.5
NITOMAN	28.47
NITRAZÉPAM	28.40
NITRO-DUR	24.10
NITROFURANTOÏNE	8.19
NITROFURANTOÏNE	8.19
NITROFURANTOÏNE (MACROCRISTAUX)	8.19
NITROFURANTOÏNE (MONOHYDRATE DE)	8.19
(MACROCRISTAUX)	8.19
NITROGLYCÉRINE	24.10
NITROJECT	24.10
NITROLINGUAL POMPE	24.9
NITROSTAT	24.10
NIVESTYM	20.7
NIVOLUMAB	10.12
NIVOLUMAB/RELATLIMAB	10.12
NIX	84.2
NORA CALCIUM	40.1
NORA CAL-D 1000	40.3
NORA CAL-D 400 (BLEU FONCÉ)	40.2
NORA CAL-D 400 (BLEU PÂLE)	40.2
NORA D-1000	88.3
NORA D-400	88.3
NORA SENNA	56.2
NORA SENNOSIDES	56.2
NORDITROPIN FLEXPRO	68.17
NORDITROPIN NORDIFLEX	68.17
NOREPINEPHRINE	12.6
NORÉPINÉPHRINE (BITARTRATE DE)	12.6
NORÉTHINDRONE	68.4
NORFLOX	8.8
NORFLOXACINE	8.8
NORITATE	84.1
NORMACOL	56.2
NORMOSOL M-DEXTROSE 5%	40.5
NORMOSOL R	40.5
NOROMBY	20.3
NOROMBY HP	20.3
NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE)	28.23
NORVASC	24.16
NORVIR	8.15
NOVAMOXIN	8.5
NOVAMOXIN 250	8.5
NOVO-ATOMOXETINE	28.46
NOVO-CALCIUM	40.1
NOVO-DIFENAC 50 MG	28.2
NOVO-DIVALPROEX	28.14
NOVO-FINASTERIDE	92.1
NOVO-GEMFIBROZIL	24.3
NOVO-GESIC	28.8
NOVO-GESIC FORTE	28.8

NOVO-LEVOCARBIDOPA	28.44
NOVO-LEXIN	8.3
NOVOLIN GE 30/70	68.13
NOVOLIN GE 30/70 PENFILL	68.13
NOVOLIN GE NPH	68.13
NOVOLIN GE NPH PENFILL	68.13
NOVOLIN GE TORONTO	68.13
NOVOLIN GE TORONTO PENFILL	68.13
NOVOMIX30	68.12
NOVO-OMEPRAZOLE	56.8
NOYADA	24.19
NOZINAN	28.30
NRA-ALENDRONATE	92.3
NRA-AMLODIPINE	24.15, 24.16
NRA-APIXABAN	20.1, 20.2
NRA-ARIPIPAZOLE	28.27, 28.28
NRA-ASA 80 MG CROQUABLE	28.1
NRA-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
NRA-AZITHROMYCIN	8.4
NRA-BETAHISTINE	28.46
NRA-CANDESARTAN	24.25, 24.26
NRA-CANDESARTAN HCTZ	24.26
NRA-CELECOXIB	28.1, 28.2
NRA-CIPROFLOXACIN	8.7
NRA-CITALOPRAM	28.19, 28.20
NRA-CLINDAMYCIN	8.9
NRA-CLOPIDOGREL	20.6
NRA-DAPAGLIFLOZIN	68.14
NRA-DOMPERIDONE	56.8
NRA-DONEPEZIL	12.1, 12.2
NRA-DOXYCYCLINE	8.9
NRA-DULOXETINE	28.21
NRA-DUTASTERIDE	92.1
NRA-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
NRA-EZETIMIBE TABLETS	24.2
NRA-EZETIMIDE	24.2
NRA-FINASTERIDE	92.1
NRA-FLECAINIDE	24.1
NRA-FLUCONAZOLE	8.10
NRA-FLUOXÉTINE	28.22
NRA-GABAPENTIN	28.11
NRA-HYDROXYCHLOROQUINE	8.18
NRA-LACOSAMIDE	28.15
NRA-LETROZOLE	68.6
NRA-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
NRA-LURASIDONE	28.29, 28.30
NRA-METFORMIN	68.8
NRA-MIRTAZAPINE	28.23
NRA-MONTELUKAST	48.2
NRA-OLANZAPINE	28.30, 28.31
NRA-OLANZAPINE ODT	28.31
NRA-OLMESARTAN	24.28
NRA-OLMESARTAN HCTZ	24.28, 24.10, 24.11
NRA-PANTOPRAZOLE	56.8
NRA-PAROXETINE	28.24
NRA-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
NRA-PRAVASTATIN	24.6
NRA-PREGABALIN	28.12, 28.13
NRA-QUETIAPINE	28.32
NRA-QUETIAPINE XR	28.33, 28.34
NRA-RAMIPRIL	24.24
NRA-RIZATRIPTAN ODT	28.42
NRA-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
NRA-SERTRALINE	28.25
NRA-TELMISARTAN	24.29
NRA-TELMISARTAN HCTZ	24.29
NRA-TOPIRAMATE	28.18
NRA-URSODIOL	56.3
NRA-VARENICLINE	12.1
NRA-VARENICLINE (TROUSSE DE DÉPART)	12.1
NRA-ZOLMITRIPTAN	28.43
NUBEQA	10.5
NU-CAL	40.1
NUCALA	48.1, 48.4
NU-GEL	84.8
NUPERCAÏNAL	84.6
NUSINERSEN	92.2
NUVARING	68.3
NYADERM	84.1
NYDA	84.1
NYPOZI	20.7
NYSTATINE	8.12, 8.1
NYVEPRIA	20.7

O

OBINUTUZUMAB	10.12
O-CALCIUM 500 MG AVEC VITAMINE D	40.2
OCALIVA	56.9
OCRÉLIZUMAB	92.2
OCREVUS	92.2
OCTASA	56.9
OCTRÉOTIDE (ACÉTATE D')	68.18
OCTRÉOTIDE ACÉTATE OMÉGA	68.18
OCTRÉOTIDE INJECTION	68.18
OCTRÉOTIDE POUR SUSPENSION INJECTABLE	68.18
OCUFLOX	52.1
OCYTOCINE	76.1
OCYTOCINE	76.1
ODAN-AMANTADINE SIROP	8.12, 8.44
ODAN-BENZYLAMINE	52.3
ODAN-BUPROPION SR	28.19
ODAN-CYCLOPENTOLATE	52.2
ODAN-DEXAMETHASONE ELIXIR	68.1
ODAN-ERYTHROMYCIN	52.1
ODAN-ETHOSUXIMIDE	28.10
ODAN-FLUOXETINE	28.22
ODAN-INDOMETHACIN	28.2
ODAN ITRACONAZOLE	8.11
ODAN K-20	40.5
ODAN LEVOCARNITINE	40.9
ODAN-METHADONE	28.6
ODAN-METHADONE (SANS SUCRE)	28.6
ODAN-PROCHLORPERAZINE	28.32, 28.4
ODAN-SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE	40.7
ODAN-TROPICAMIDE	52.2
ODAN-VALPROIC ACID	28.18
ODEFSEY	8.14
ODEVIXIBAT	56.2
OESCLIM 25	68.5
OESCLIM 50	68.5
OFATUMUMAB	92.2
OFEV	48.1
OFLOXACINE	52.1
OGIVRI	10.15
OJJAARA	10.11
OKEDI	28.36
OLANZAPINE	28.30
OLANZAPINE	28.30, 28.31
OLANZAPINE ODT	28.31
OLAPARIB	10.12
OLESTYR	24.2
OLMESARTAN	24.28
OLMESARTAN HCTZ	24.28, 24.10,
.....	24.11
OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL	24.28
OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.28, 24.10
OLMETEC	24.28
OLMETEC PLUS	24.28, 24.10,
.....	24.11
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)	12.5
OLSALAZINE SODIQUE	56.9
OLUMIANT	90.2
OMALIZUMAB	90.8
OMALIZUMAB (XOLAIR - PD. INJ. S.C.)	48.4
OMEPRAZOLE	56.8
OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIEN)	56.8
OMEPRAZOLE-20	56.8
OMEPRAZOLE MAGNESIUM (CO.)	56.8
OMEPRAZOLE MAGNESIUM DR	56.8
OMLYCLO	90.8
OMNARIS	52.1
OMNIPaque 180	36.2
OMNIPaque 240	36.2
OMNIPaque 300	36.2
OMNIPaque 350	36.2
OMNISCAN	36.2
OMNITROPE	68.17
OMVOH	56.9
OMVOH (SERINGUE)	56.9
OMVOH (STYLO)	56.9
ONABOTULINUMTOXINA	12.8
ONASEMNOGÈNE ABÉPARVOVEC	26.1
ONCASPAR	10.12
ONDANSETRON	56.4, 56.5
ONDANSETRON	56.4
ONDANSETRON INJECTABLE (AVEC AGENT DE CONSERVATION)	56.5

ONDANSETRON INJECTABLE (SANS AGENT DE CONSERVATION)	56.5
ONDANSETRON INJECTION	56.5
ONDANSETRON INJECTION USP (AVEC AGENT DE CONSERVATION)	56.5
ONDANSETRON INJECTION USP (SANS AGENT DE CONSERVATION)	56.5
ONDANSETRON ODT	56.5
ONDISSOLVE ODF	56.5
ONE-ALPHA	88.1
ONGLYZA	68.9, 68.10
ONPATTRO	92.5
ONSTRYV	28.45
ONTRUZANT	10.15
ONUREG	10.2
OPDIVO	10.12
OPDIVO SC	10.12
OPDUALAG	10.12
OPSUMIT	48.3
OPTIFOAM (10,2 CM X 10,2 CM - 40 CM²)	94.8
OPTIFOAM (15,2 CM X 15,2 CM - 131 CM²)	94.6
OPTIFOAM AG ADHESIVE (10 CM X 10 CM - 40 CM²)	94.13
OPTIFOAM AG NON-ADHESIVE (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
OPTIFOAM BASIC (10,2 CM X 12,7 CM - 130 CM²)	94.3
OPTIFOAM BASIC (7,6 CM X 7,6 CM - 58 CM²)	94.5
OPTIFOAM NON-ADHESIVE (10,2 CM X 10,2 CM - 104 CM²)	94.3
OPTIFOAM NON-ADHESIVE (15,2 CM X 15,2 CM - 231 CM²)	94.4
OPTIRAY 240	36.2
OPTIRAY 320	36.2
OPUS CAL 500	40.1
OPUS CAL D-1000	40.3
OPUS CAL D-400	40.2
OPUS CAL D-400 BLEU FONCÉ	40.2
OPUS D-1000	88.3
OPUS D-400	88.3
OPUS K-20	40.5
OPUS K-8	40.5
OPUS SENNA	56.2
OPUS SENNOSIDES ENROBÉ	56.2
OPUS VITAMINE B1	88.1
OPUS VITAMINE B12 L.A.	88.1
OPUS VITAMINE B6	88.1
ORABASE	52.5
ORACORT	84.5
ORALAIR	80.2
ORENCIA	90.2
ORFADIN	92.5
ORGALUTRAN	68.7
ORGARAN	20.2
ORGOVYX	68.7
ORLADEYO	92.4
ORPHÉNADRINE (CITRATE D')	12.8
OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D')	8.16
OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAPSULES	8.16
OSENVLT	90.1
OSIMERTINIB	10.12
OSMITROL	40.10
OSNUVO	68.16
OSTEO TABLET	40.2
OTEZLA	90.2
OTEZLA (EMBALLAGE DE DÉPART)	90.2
OTULFI	90.6
OVIDREL	68.6
OVIMA 21	68.4
OVIMA 28	68.4
OXALIPLATINE	10.12
OXALIPLATINE	10.12
OXALIPLATINE INJECTABLE	10.12
OXALIPLATIN INJECTION	10.12
OXAZÉPAM	28.40
OXCARBAZÉPINE	28.17
OXEZE TURBUHALER	12.5
OXLUMO	92.5
OXODOTRÉOTIDE DE LUTÉCIUM	10.12, 10.1
OXYBUTYRINE (CHLORURE D')	86.1
OXYCODONE	28.7
OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')	28.7
OXYDE NITRIQUE	24.9
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE	40.7
OXY IR	28.7
OXYNEO	28.7
OZANIMOD (CHLORHYDRATE D')	92.2
OZEMPIC	68.12
OZURDEX	52.1

P

PACITAXEL POUR INJECTION	10.12
PACLITAXEL	10.12
PACLITAXEL	10.12
PACLITAXEL EN NANOPARTICULES	10.12
PACLITAXEL INJECTION USP	10.12
PADCEV	10.6
PALBOCICLIB	10.12
PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE)	28.31
PAMIDRONATE DISODIQUE	92.3
PAMIDRONATE DISODIQUE POUR INJECTION	92.3
PAMIDRONATE DISODIUM INJECTION	92.3
PAMIDRONATE DISODIUM OMEGA	92.3
PANCREASE MT 10	56.3
PANCREASE MT 16	56.3
PANCREASE MT 4	56.3
PANCRELIPASE (LIPASE-AMYLASE-PROTÉASE)	56.3
PANECTYL	4.1
PANITUMUMAB	10.12
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES	
GÉLIFIANTES	94.5
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE	
HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION	94.6
PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM	94.1
PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES	94.1
PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE	
SEULE OU EN ASSOCIATION	94.3
PANSEMENT À L'ALGINATE DE CALCIUM 30 CM	94.1
PANSEMENT À L'ALGINATE DE CALCIUM 60 CM	94.1
PANSEMENT À L'ALGINATE DE CALCIUM 90 CM	94.1
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT	94.10
PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT	94.12
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - CHLORHEXIDINE	
(ACÉTATE DE)	94.12
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE	94.12
PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ	94.13
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ -	
HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	94.15
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ -	
HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	94.13
PANSEMENT HYDROCOLLOÏDE À L'ALGINATE(12,2CM X	
10,2CM-104CM²)	94.13
PANSEMENT HYDROCOLLOÏDE À L'ALGINATE(15,2CM X	
20,3CM-309CM²)	94.14
PANSEMENT HYDROCOLLOÏDE À L'ALGINATE(20,3CM X	
20,3CM-412CM²)	94.14
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE	94.15
PANTOLOC	56.8
PANTOPRAZOLE	56.8
PANTOPRAZOLE (MAGNÉSIEU OU SODIQUE)	56.8
PAPAVERINE	24.11
PAPAVERINE (CHLORHYDRATE DE)	24.11
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE	52.6
PARALDÉHYDE	28.41
PARALDÉHYDE	28.41
PARIET	56.8
PARNATE	28.25
PAROMOMYCINE (SULFATE DE)	8.18
PAROXÉTINE	28.24
PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)	28.24
PARSITAN	28.43
PATISIRAN	92.5
PAXIL	28.24
PAXLOVID	8.18
PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE)	10.12
PDP-ACETAMINOPHEN SOLUTION	28.8
PDP-AMANTADINE	8.12, 8.44
PDP-AMLODIPINE	24.16
PDP-BENZTROPINE	28.44
PDP-DESONIDE	84.3
PDP-DIPHENHYDRAMINE	4.1
PDP-ERYTHROMYCINE	52.1
PDP-HYDROCODONE	48.1
PDP-ISONIAZID	8.12
PDP-LEVETIRACETAM	28.17
PDP-PYRAZINAMIDE	8.12
PEDIAFER	20.1
PEDIAFER SIROP	20.1
PÉDIATRIX	28.8
PEDIAVIT	88.4
PEDIAVIT D	88.3
PEDIAVIT MULTI	88.4
PEDIAVIT VITAMINE D3	88.3

PEG 3350	56.2
PEG 3350 (30 SACHETS DE 17 GRAMMES)	56.2
PEGASPARGASE	10.12
PEGASYS	8.15
PEGCÉTACOPLAN	92.4
PEGFILGRASTIM	20.7
PEGINTERFÉRON ALFA-2A	8.15
PEGLYTE (280 G)	56.2
PEGLYTE (SACHET DE 70 G)	56.2
PEMAZYRE	10.13
PEMBROLIZUMAB	10.13
PEMETREXED DISODIQUE	10.13
PEMIGATINIB	10.13
PÉNICILLAMINE	64.1
PÉNICILLINE G (BENZATHINE)	8.6
PÉNICILLINE G SODIQUE	8.6
PÉNICILLINE G SODIQUE POUR INJECTION	8.6
PENTASA	56.9
PENTASA (100 ML)	56.9
PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE)	28.8
PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE)	92.5
PENTOXIFYLLINE	20.8
PENTOXIFYLLINE SR	20.8
PEN-VK	8.6
PÉRAMPANEL	28.17
PERENNIAL MONOVALENT	80.1, 80.2
PERENNIAL POLYVALENT	80.1, 80.2
PÉRICYAZINE	28.32
PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	24.22
PERINDOPRIL ERBUMINE	24.21, 24.22
PERINDOPRIL ERBUMINE	24.21
PERINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE	24.22
PERINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE	24.22
PERINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE HD	24.22
PERJETA	10.13
PERJETA - HERCEPTIN EMBALLAGE COMBINÉ	10.13
PERMÉTHRINE	84.2
PERPHÉNAZINE	28.32
PERPHÉNAZINE	28.32
PERTUZUMAB	10.13
PERTUZUMAB/TRASTUZUMAB	10.13
PEXEGRA	20.7
PHARIXIA	52.3
PHARMA-AMLODIPINE	24.15
PHARMA-CAL 500 MG	40.1
PHARMA-CAL D 400 UI FONCÉ	40.2
PHARMA-LACOSAMIDE	28.15
PHARMA-LACTULOSE	40.1, 40.1
PHARMA-LEVETIRACETAM	28.17
PHARMA-RAMIPRIL	24.24
PHARMA-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
PHEBURANE	40.1
PHÉNELZINE (SULFATE DE)	28.24
PHENOBARB	28.9, 28.10
PHENOBARB ÉLIXIR	28.10
PHÉNOBARBITAL	28.9
PHÉNOBARBITAL SODIQUE	28.10
PHÉNOBARBITAL SODIUM INJECTION	28.10
PHÉNOBARBITONE	
PHÉNOXYMÉTHYL PÉNICILLINE (BASE OU SEL	
POTASSIQUE)	8.6
PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL	40.1
PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM	40.1
PHÉNYLÉPHRINE	12.4
PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)	12.4, 12.2
PHENYTOIN	28.10
PHÉNYTOÏNE	28.10
PHÉNYTOÏNE SODIQUE	28.10
PHÉNYTOÏNE SODIQUE POUR INJECTION USP	28.10
PHENYTOIN SODIUM INJECTION	28.10
PHOSLAX	40.5
PHOSPHATE ACIDE DE SODIUM/ SODIUM	
(BICARBONATE DE)/ POTASSIUM (BICARBONATE DE)	40.5
PHOSPHATE DE FLUDARABINE POUR INJECTION	10.7
PHOSPHATE DE POTASSIUM MONOBASIQUE	40.6
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE	
DIBASIQUE DE SODIUM	40.5, 40.2
PHOSPHATES DE POTASSIUM	40.6
PHOSPHATES DE SODIUM	40.5
PHOSPHATES DE SODIUM (MONOBASIQUE ET	
DIBASIQUE)	40.5
PHOTOFRIN	10.13
PHYTONADIONE	88.3
PIASKY	90.1
PICO-SALAX	56.2
PICOSULFATE SODIQUE / MAGNÉSIEU (OXYDE DE) /	
ACIDE CITRIQUE	56.2
PIFELTRO	8.13

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)	12.2, 12.4
PIMÉCROLIMUS	84.8
PIMOZIDE	28.32
PIMOZIDE	28.32
PINDOLOL	24.14
PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.14
PIOGLITAZONE	68.15
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)	68.15
PIPÉRACILLINE ET TAZOBACTAM	8.7
PIPÉRACILLINE ET TAZOBACTAM POUR INJECTION	8.7
PIPÉRACILLINE SODIQUE/TAZOBACTAM SODIQUE	8.7
PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE	8.7
PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE	8.7
PIRÉFÉNDONE	48.1
PIROXICAM	28.3
PIZOTIFÈNE (MALATE DE)	28.43
PIZOTYLIN	
PLACÉBO	92.5
PLAN B	68.4
PLAQUENIL	8.18
PLAVIX	20.6
PLENDIL	24.17
PLÉRIXAFOR	20.8
PLÉRIXAFOR POUR INJECTION	20.8
PLUSCAL	40.1
PLUVICTO	10.10
PMS-ABACAVIR-LAMIVUDINE	8.13
PMS-ABIRATERONE	10.1
PMS-ACÉTAMINOPHÈNE AVEC CODÉINE	28.4
PMS-ALENDRONATE FC	92.3
PMS-AMIODARONE	24.1
PMS-AMITRIPTYLINE	28.19
PMS-AMLODIPINE	24.15, 24.16
PMS-ANAGRELIDE	20.6
PMS-ANASTROZOLE	68.5
PMS-APREMILAST	90.2
PMS-ARIPRAZOLE	28.27, 28.28
PMS-ARTIFICIAL TEARS	52.6
PMS-ARTIFICIAL TEARS XTRA	52.6
PMS-ASA EC	28.1
PMS-ATENOLOL	24.12
PMS-ATOMOXETINE	28.46
PMS-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
PMS-AZITHROMYCIN	8.4
PMS-BACLOFEN	12.7, 12.8
PMS-BENZYDAMINE	52.3
PMS-BETAHISTINE	28.46
PMS-BICALUTAMIDE	10.3
PMS-BISOPROLOL	24.12
PMS-BORTEZOMIB	10.3
PMS-BOSENTAN	48.3
PMS-BUPRENORPHINE/NALOXONE	28.8, 28.9
PMS-BUSPIRONE	28.41
PMS-BUSULFAN	10.3
PMS-CALCITRIOL	88.2
PMS-CANDESARTAN	24.25, 24.26
PMS-CANDESARTAN-HCTZ	24.26
PMS-CARVÉDILOL	24.12, 24.13
PMSC-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
PMSC-CELECOXIB	28.1, 28.2
PMSC-ESOMEPRAZOLE DR	56.7
PMS-CINACALCET	68.16
PMS-CIPROFLOXACIN	8.7
PMS-CIPROFLOXACIN XL	8.7
PMS-CITALOPRAM	28.19, 28.20
PMS-CLONAZÉPAM	28.10
PMS-CLONAZÉPAM-R	28.10
PMS-CLOPIDOGREL	20.6
PMSC-METFORMIN	68.8
PMSC-NIFEDIPINE ER	24.17
PMS-CODÉINE	28.4, 28.1
PMS-COLCHICINE	92.1
PMSC-RAMIPRIL	24.24
PMSC-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
PMSC-VENLAFAXINE XR	28.26
PMS-CYCLOBENZAPRINE	12.7
PMS-CYPROHEPTADINE	4.1
PMS-DAPAGLIFLOZIN	68.14
PMS-DEFERASIROX (TYPE J)	64.1
PMS-DESMOPRESSIN	68.17
PMS-DEXAMÉTHASONE	68.1
PMS-DIAZEPAM	28.40
PMS-DICLOFENAC 25 MG	28.2
PMS-DICLOFENAC 50 MG	28.2
PMS-DICLOFENAC-MISOPROSTOL	28.2, 28.6
PMS-DIGOXIN	24.1, 24.2
PMS-DIMENHYDRINATE	56.4
PMS-DIMETHYL FUMARATE	28.47

PMS-DOLUTEGRAVIR	8.13
PMS-DONEPEZIL	12.1, 12.2
PMS-DORZOLAMIDE-TIMOLOL	52.3, 52.4
PMS-DOXYLAMINE-PYRIDOXINE	56.4
PMS-DULOXETINE	28.21
PMS-DUTASTERIDE	92.1
PMS-EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	8.14
PMS-EMTRICITABINE-TENOFOVIR	8.14
PMS-ENTECAVIR	8.17
PMS-ERLOTINIB	10.6
PMS-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
PMS-ESTRADIOL	68.4, 68.5
PMS-EVEROLIMUS	10.6, 10.7
PMS-EZETIMIBE	24.2
PMS-FERROUS SULFATE	20.1
PMS-FINASTERIDE	92.1
PMS-FINGOLIMOD	92.2
PMS-FLUCONAZOLE	8.11
PMS-FLUOXETINE	28.22
PMS-FLUTICASONNE HFA	68.1, 68.2
PMS-FLUTICASONNE PROPIONATE/SALMETEROL	12.6
PMS-FUROSEMIDE	40.9
PMS-GABAPENTIN	28.11
PMS-HYDROCHLOROTHIAZIDE	40.10
PMS-HYDROMORPHONE	28.5
PMS-IMATINIB	10.8
PMS-IPRATROPIUM	12.4
PMS-IPRATROPIUM POLYNEBS	12.4
PMS-IRBESARTAN	24.26, 24.27
PMS-IRBESARTAN-HCTZ	24.27
PMS-IRON SUCROSE	20.1
PMS-ISMN	24.9
PMS-LACTULOSE	40.1, 40.1
PMS-LACTULOSE-PHARMA	40.1, 40.1
PMS-LAMOTRIGINE	28.15, 28.16
PMS-LETROZOLE	68.6
PMS-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
PMS-LEVODOPA-CARBIDOPA	28.44
PMS-LITHIUM CARBONATE	28.41
PMS-LOPÉRAMIDE	56.1
PMS-LORAZEPAM	28.40
PMS-LOSARTAN	24.27
PMS-LOSARTAN-HCTZ	24.27, 24.28
PMS-LURASIDONE	28.29, 28.30
PMS-MEFENAMIC ACID	28.3
PMS-MÉLOXICAM	28.3
PMS-MEMANTINE	28.47
PMS-METFORMIN	68.8
PMS-METHADONE ORAL	28.6
PMS-METHADONE ORAL (SANS SUCRE)	28.6
PMS-METHOTREXATE	10.10
PMS-METHOTREXATE INJECTION	10.11
PMS-METHOTREXATE TABLETS	10.10
PMS-METHYLPHÉNIDATE	28.38
PMS-METHYLPHENIDATE CR	28.38
PMS-METOCLOPRAMIDE HYDROCHLORIDE INJECTION	56.9
PMS-METOCLOPRAMIDE ORAL SOLUTION	56.9
PMS-METOCLOPRAMIDE TABLETS	56.9
PMS-METOPROLOL-L	24.13
PMS-METOPROLOL-L 25 MG	24.13
PMS-MIRTAZAPINE	28.23
PMS-MONTELUKAST	48.2
PMS-MONTELUKAST FC	48.2
PMS-MORPHINE SULFATE	28.6
PMS-NABILONE	56.6
PMS-NAPROXEN	28.3
PMS-NÉOSTIGMINE	12.2
PMS-NIFEDIPINE ER	24.17
PMS-NITROFURANTOIN	8.19
PMS-NYSTATIN	8.12
PMS-OLANZAPINE	28.30, 28.31
PMS-OLANZAPINE ODT	28.31
PMS-OLMESARTAN	24.28
PMS-ONDANSETRON	56.4, 56.5
PMS-ONDANSETRON ODT	56.5
PMS-OXALIPLATIN	10.12
PMS-OXYBUTYRIN	86.1
PMS-OXYCODONE	28.7
PMS-OXYCODONE CR	28.7
PMS-PALBOCICLIB	10.12
PMS-PANTOPRAZOLE	56.8
PMS-PAROXETINE	28.24
PMS-PAZOPANIB	10.12
PMS-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
PMS-PERINDOPRIL-INDAPAMIDE	24.22
PMS-PHOSPHATES	40.5
PMS-PIRÉFÉNDONE	48.1
PMS-POTASSIUM CHLORIDE	40.5

PMS-PRAVASTATIN	24.6
PMS-PREDNISOLONE	68.2
PMS-PREGABALIN	28.12, 28.13
PMS-PROGESTERONE	68.19
PMS-PROLACTASE	56.3
PMS-PROMÉTHAZINE	4.1, 4.41
PMS-PROPARACAINE	52.2
PMS-PROPOFOL	28.1
PMS-QUETIAPINE	28.32, 28.33
PMS-QUINAPRIL	24.22
PMS-RAMIPRIL-HCTZ	24.25
PMS-RANITIDINE	56.6
PMS-RISEDRONATE	92.4
PMS-RISPERIDONE	28.35, 28.36
PMS-RISPERIDONE ODT	28.36
PMS-RIVAROXYBAN	20.4, 20.5
PMS-RIZATRIPTAN RDT	28.42
PMS-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
PMS-SACUBITRIL-VALSARTAN	24.31
PMS-SALBUTAMOL POLYNEBS	12.5, 12.6
PMS-SENNOSIDES	56.2
PMS-SERITRALINE	28.25
PMS-SILDENAFIL R	24.10
PMS-SILODOSIN	12.7
PMS-SITAGLIPTIN	68.10
PMS-SODIUM CROMOGLYCATÉ	48.2
PMS-SOLIFENACIN	86.1
PMS-SOTALOL	24.14
PMS-SULFASALAZINE	8.8
PMS-SULFASALAZINE-E.C.	8.8
PMS-SUMATRIPTAN	28.43
PMS-TELMISARTAN	24.29
PMS-TELMISARTAN-HCTZ	24.29
PMS-TENOFOVIR	8.15
PMS-TERAZOSIN	24.11
PMS-TERBINAFINE	8.10
PMS-TERIFLUNOMIDE	92.2
PMS-TETRABENAZINE	28.47
PMS-TOFACITINIB	90.2
PMS-TOPIRAMATE	28.18
PMS-TOPOTECAN	10.15
PMS-TRANOLAPRIL	24.25
PMS-TRAZODONE	28.25, 28.26
PMS-URSODIOL C	56.3
PMS-VALACYCLOVIR	8.17
PMS-VALPROIC ACID	28.18, 28.19
PMS-VALPROIC ACID E.C.	28.19
PMS-VANCOMYCIN	8.10
PNEUMOVAX 23	80.3
POLATUZUMAB VÉDOTINE	10.13
POLIBAR PLUS	36.2
POLIVY	10.13
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL	56.2
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)	56.2
POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC	84.1
POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)	40.7
POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE)	40.7
POLYVALENT	80.1, 80.2
POLYVALENT-ACARIENS	80.1, 80.2
POLYVALENT-CHAT	80.1
POLYVALENT NON-POLLEN	80.1
POLYVALENT - POLLEN	80.1
POLYVALENT - POLLENS - ACARIENS	80.1
POLYVINYLQUE (ALCOOL)	52.6
POLYVINYLQUE (ALCOOL)/ POVIDONE	52.6
POLYVITAMINES B AVEC A,D,E,C	88.3
POMALIDOMIDE	10.13
POMALYST	10.13
PORFIMER SODIQUE	10.13
PORTIA 21	68.4
PORTIA 28	68.4
POSACONAZOLE	8.11
POSACONAZOLE (MINT ET TARO)	8.11
POSANOL	8.11
POTASSIUM/ CHLORURE/ DEXTROSE	40.6
POTASSIUM/ SODIUM/ CHLORURES/ DEXTROSE	40.6
POTASSIUM (ACÉTATE DE)	40.5
POTASSIUM (CHLORURE DE)	40.5
POTASSIUM (CHLORURE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)	40.6
POTASSIUM (CITRATE DE)	40.6
POTASSIUM (PHOSPHATE MONOBASIQUE DE)	40.6
POTASSIUM (PHOSPHATE MONOBASIQUE ET DIBASIQUE DE)	40.6
POTASSIUM - ADDITIF POUR HEMODIALYSE	40.13
POTASSIUM POUR DIL. 1+34	40.13
POTASSIUM POUR DIL. 1+35.83	40.13

POTASSIUM POUR DIL. 1+44	40.13
POTELIGEO	10.11
PRADAXA	20.2
PRALATREXATE	10.13
PRALUENT	24.9
PRAMIPEXOLE	28.45
PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE)	28.45
PRAMOXINE (CHLORHYDRATE DE)	84.6
PRASUGREL	20.6
PRAVASTATIN	24.6
PRAVASTATINE SODIQUE	24.6
PRAXIS ASA EC	28.1
PRAZIQUANTEL	8.1
PRAZOSIN (CHLORHYDRATE DE)	24.11
PRED FORTE	52.2
PREDNISOLONE (ACÉTATE DE)	52.2
PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)	68.2
PREDNISONE	68.2
PREGABALIN	28.12, 28.13
PRÉGABALINE	28.12
PREGNYL	68.7
PREMARIN	68.5
PRÉSAISONNIER- ARBRES	80.1
PRÉSAISONNIER- ARBRES, GRAMINÉES, HERBE À POUX	80.1
PRÉSAISONNIER- ARBRES ET GRAMINÉES	80.1
PRÉSAISONNIER- GRAMINÉES ET HERBE À POUX	80.1
PRÉSAISONNIER- GRAMINÉES	80.1
PRÉSAISONNIER- HERBE À POUX	80.1
PRÉSAISONNIER MONOVALENT	80.1, 80.2
PRÉSAISONNIER POLYVALENT	80.1, 80.2
PREVACID	56.7
PREVACID FASTAB	56.7
PREVYMIS	8.15
PRIMAQUINE	8.18
PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE)	8.18
PRIMIDONE	28.10
PRIMIDONE	28.10
PRIORIX	80.3
PRO-ALPRAZOLAM	28.39
PRO-AMITRIPTYLINE	28.19
PRO-AMOX-250	8.5
PRO-AMOX-500	8.5
PRO-ATENOLOL	24.12
PRO-BACLOFEN	12.7, 12.8
PROCAÏNAMIDE (CHLORHYDRATE DE)	24.1
PROCAÏNAMIDE INJECTION	24.1
PRO-CAL-D 400	40.2
PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE)	10.13
PROCHLORAZINE	28.32, 28.4
PROCHLORPÉRAZINE	28.32, 28.4
PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)	28.32, 28.4
PRO-CYCLOBENZAPRINE	12.7
PROCYSBI	92.5
PROCYTOX	10.4
PRO-DICLOFENAC	28.2
PRO-DOMPERIDONE	56.8
PRO-FUROSEMIDE	40.9, 40.10
PROGESTÉRON	68.18
PROGESTÉRON	68.18, 68.19
PROGESTÉRON INJECTABLE	68.18
PROGESTÉRON MICRONISÉE	68.19
PROGLYCEM	68.16
PROGRAF	90.8
PROHANCE	36.2
PROLACTASE	56.3
PROLEUKIN	10.1
PROLOPA 100/25	28.43
PROLOPA 50/12.5	28.43
PRO-LORAZEPAM	28.40
PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)	4.1, 4.41
PRO-METOPROLOL	24.13
PRO-METOPROLOL-L	24.13
PROMETRIUM	68.19
PRO-OXAZEPAM	28.40
PROPADERM	84.2
PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)	24.1
PROPARACAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	52.2
PRO-PAROXÉTINE	28.24
PROPIVÉRINE (CHLORHYDRATE DE)	86.1
PROPOFOL	28.1
PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)	24.14
PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)	24.14
PRO-PRAVASTATIN	24.6
PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE	84.8
PROPYLTHIOURACILE	68.20
PROPYLTHIOURACILE	68.20
PRO-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
PROSCAR	92.1

PRO-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
PROSTIN VR	24.10
PROTAMINE (SULFATE DE)	20.8
PROTAMINE SULFATE	20.8
PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES	80.2
PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES (EXTRAITS POUR DIAGNOSTIC)	92.1
PROTIRELINE	36.1
PROTOPIC	84.5
PROVIDINE DÉTERGENT	84.2
PROVIDINE SOLUTION	84.2
PROVOCHOLINE	36.1
PRZ-ABIRATERONE	10.1
PRZ-AMLODIPINE	24.15, 24.16
PRZ-AMOXICILLIN	8.5
PRZ-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
PRZ-BISOPROLOL	24.12
PRZ-DOMPERIDONE	56.8
PRZ-DOXYCYCLINE	8.9
PRZ K20	40.5
PRZ K8	40.5
PRZ K-CITRATE	40.6
PRZ-METFORMIN	68.8
PRZ-METOCLOPRAMIDE	56.9
PRZ-OLMESARTAN HCTZ	24.28, 24.10, 24.11

PRZ-PROPRANOLOL	24.14
PRZ-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
PRZ-SITAGLIPTIN	68.10
PRZ-SOLIFENACIN	86.1
PSYLLIUM (MUCILAGE DE)	56.2
PULMICORT NEBUAMP	68.1
PULMICORT TURBUHALER	68.1
PULMOZYME	44.1
PUREGON	68.6
PURG-ODAN	56.2
PURILON GEL	84.8
PURINETHOL	10.10
PYRANTEL (PAMOATE DE)	8.1
PYRAZINAMIDE	8.12
PYRÉTHRINES/ BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE	84.2
PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE)	12.2
PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)	88.1

Q

QINLOCK	10.14
QUELICIN	12.8
QUETIAPINE	28.32, 28.33
QUÉTIAPINE (FUMARATE DE)	28.32
QUETIAPINE FUMARATE XR	28.33, 28.34
QUETIAPINE XR	28.33, 28.34
QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE)	24.22
QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.23
QUININE (SULFATE DE)	8.18
QUININE-ODAN (CAPS.)	8.18
QUINSAIR	8.8
QUIZARTINIB	10.13
QULIPTA	28.41
QVAR	68.1

R

R & C SHAMPOO WITH CONDITIONER	84.2
RABEPRAZOLE	56.8
RABEPRAZOLE EC	56.8
RABEPRAZOLE SODIQUE	56.8
RADICAVA	28.47
RADIUM-223 (CHLORURE DE)	78.1
RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)	68.6
RALTÉGRAVIR	8.15
RALTITREXED	10.13
RAMIPRIL	24.24
RAMIPRIL	24.24
RAMIPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.24
RAMUCIRUMAB	10.13
RAN-DULOXETINE	28.21
RAN-EZETIMIBE	24.2
RANIBIZUMAB	52.6
RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)	56.6
RAN-LISINAPRIL	24.20, 24.21

RAN-METFORMIN	68.8
RAN-OLANZAPINE ODT	28.31
RANOPTO	52.6
RAN-RANITIDINE	56.6
RAN-ROPINIROLE	28.45
RAPAMUNE	90.8
RASAGILINE (MÉSYLATE DE)	28.45
RASBURICASE	44.1
RATIO-ECTOSONE	84.2, 84.3
RATIO-LACTULOSE	40.1, 40.1
RATIO-PREDNISOLONE	52.2
RAVICTI	40.1
RAVULIZUMAB	90.1
REACTIVE	4.1
READI-CAT	36.2
REBIF	92.2
REBLOZYL	20.7
RECOMBIVAX HB	80.3
RECOMBIVAX HB (SANS THIMEROSAL)	80.3
RECTOGEL	84.6
REDDY-ABIRATERONE	10.1
REDDY-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
REDDY-DASATINIB	10.5
REDDY-ENZALUTAMIDE	10.6
REDDY-EVEROLIMUS	10.6, 10.7
REDDY-LENALIDOMIDE	10.9
REDDY-NILOTINIB	10.11
REDDY-POMALIDOMIDE	10.13
REDDY-PROGESTERONE	68.19
REDDY-RIVAROXABAN	20.4, 20.5
REDDY-SITAGLIPTIN ET METFORMIN HYDROCHLORIDE	68.8, 68.9, 68.11

REDESCA	20.2, 20.3
REDESCA HP	20.3
REFRESH	52.6
REFRESH CELLUVISC	52.5
REFRESH LACRI-LUBE	52.6
REFRESH PLUS	52.5
REFRESH TEARS	52.5
RÉGORAFENIB (MONOHYDRATE DE)	10.14
REKOVELLE	68.6
RELAXA	56.2
RELAXA (30 SACHETS DE 17 GRAMMES)	56.2
RELEFACT TRH	36.1
RELENZA	8.16
RELPAK	28.42
RÉLUGOLIX	68.7
RÉLUGOLIX/ESTRADIOL/NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	68.7
REMDANTRY	90.5
REMDÉSIVIR	8.17
REMÈDE 24 HEURES CONTRE LES ALLERGIES	4.1
REMERON	28.23
REMERON RD	28.23
REMICADE	90.5
REMIFENTANIL (CHLORHYDRATE DE)	28.7
REMODULIN	24.11
REMSIMA SC	90.5
RENAGEL	40.7
RENFLEXIS	90.5
RENVELA	40.7
RÉPAGLINIDE	68.13
REPATHA	24.9
RESONIUM CALCIUM	40.7
RESTASIS	52.1
RESTASIS MULTIDOSE	52.1
RESTORIL	28.40
RESULTZ	84.2
RETEVMO	10.14
RETIN-A	84.6
RÉTINOÏQUE (ACIDE)	
RETROVIR	8.15
REVATIO	24.10
REVIA	28.9
REVLIMID	10.9
REVOLADE	20.7
REYATAZ	8.13
REZUROCK	92.5
RHINOCORT AQUA	52.1
RHO-NITRO	24.9
RIBAVIRIN	8.17
RIBOCICLIB (SUCCINATE DE)	10.14
RIFABUTINE	8.12
RIFAMPICINE	
RIFAMPINE	8.12
RIFAXIMINE	8.19
RILPIVIRINE	8.15
RILUTEK	28.47

RILUZOLE	28.47
RINVOQ	90.2
RIOCIGUAT	48.3
RIPRÉTINIB	10.14
RISANKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE)	84.5
RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN)	84.5
RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)	84.5
RISDIPLAM	92.5
RISEDRONATE	92.4
RISÉDRONATE SODIQUE	92.4
RISPERDAL CONSTA	28.36
RISPÉRIDONE	28.35
RISPÉRIDONE	28.35, 28.36
RISPÉRIDONE (TARTRATE DE)	28.36
RITONAVIR	8.15
RITUXAN SC	10.14
RITUXIMAB	10.14
RITUXIMAB (RITUXAN)	10.14
RIVA-ALENDRONATE	92.3
RIVA-AMODARONE	24.1
RIVA-AMLODIPINE	24.15, 24.16
RIVA-ANASTROZOLE	68.5
RIVA-APIXABAN	20.1, 20.2
RIVA-ARIPIPRAZOLE	28.27, 28.28
RIVA-ATENLOL	24.12
RIVA-ATOMOXETINE	28.46
RIVA-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
RIVA-AZITHROMYCIN	8.4
RIVA-BACLOFEN	12.7, 12.8
RIVA-BRIMONIDINE	52.3
RIVA-CAL D1000	40.3
RIVA-CAL D400	40.2
RIVA-CELECOX	28.1, 28.2
RIVA-CIPROFLOXACIN	8.7
RIVA-CITALOPRAM	28.19, 28.20
RIVA-CLINDAMYCIN	8.9
RIVA-CLONAZEPAM	28.10
RIVA-CLOPIDOGREL	20.6
RIVA-CYCLOBENZAPRINE	12.7
RIVA-CYPROTERONE	92.5
RIVA-D	88.3
RIVA-D 1000	88.3
RIVA-DAPAGLIFLOZIN	68.14
RIVA-DORZOLAMIDE/TIMOLOL	52.3, 52.4
RIVA-DUTASTERIDE	92.1
RIVA-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
RIVA-ESOMEPRAZOLE	56.7
RIVA-FINASTERIDE	92.1
RIVA-FLUCONAZOLE	8.10
RIVA-FLUOXÉTINE	28.22
RIVA-GABAPENTIN	28.11
RIVA-HYDROXYUREA	10.7
RIVA-IRBESARTAN	24.26, 24.27
RIVA-K 20 SR	40.5
RIVA-LABETALOL	24.13
RIVA-LACOSAMIDE	28.15
RIVA-LANSOPRAZOLE	56.7
RIVA-LATANOPROST	52.4
RIVA-LETROZOLE	68.6
RIVA LEUCOVORIN	91.1
RIVA-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
RIVA-LEVOFLOXACIN	8.8
RIVA-LOPERAMIDE	56.1
RIVA-MEMANTINE	28.47
RIVA-METFORMIN	68.8
RIVA-METOPROLOL-L	24.13
RIVA-MONTELUKAST FC	48.2
RIVA-OLANZAPINE	28.30, 28.31
RIVA-OMEPRAZOLE DR (CO.)	56.8
RIVA-OXAZEPAM	28.40
RIVA-OXYBUTYNIN	86.1
RIVA-PANTOPRAZOLE	56.8
RIVA-PAROXÉTINE	28.24
RIVA-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
RIVA-PREGABALIN	28.12, 28.13
RIVA-PYRANTEL PAMOATE	8.1
RIVA-PYRIDOSTIGMINE	12.2
RIVA-QUETIAPINE	28.32, 28.33
RIVA-RISEDRONATE	92.4
RIVA-RISPÉRIDONE	28.35, 28.36
RIVA RIVAROXABAN	20.4, 20.5
RIVA-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
RIVAROXABAN	20.4
RIVAROXABAN	20.4, 20.5
RIVASA (CO. CROQ.)	28.1
RIVASA 80 MG EC	28.1
RIVASA 81 MG EC	28.1
RIVASA FC (CO.)	28.1

RIVA-SENNA	56.2
RIVA-SERTRALINE	28.25
RIVASTIGMINE	12.2
RIVASTIGMINE PATCH 10	12.3
RIVASTIGMINE PATCH 5	12.3
RIVA-TELMISARTAN/AMLODIPINE	24.30
RIVA-TENOFOVIR	8.15
RIVA-VALACYCLOVIR	8.17
RIVA-VITAMINE B12	88.1
RIVOTRIL	28.10
RIXIMYO	10.14
RIZATRIPTAN	28.42
RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)	28.42
RIZATRIPTAN ODT	28.42
ROCALTROL	88.2
ROCURNIUM (BROMURE DE)	12.8
ROCURNIUM BROMIDE INJECTION	12.8
ROCURNIUM INJECTION	12.8
ROFACT 150	8.12
ROFACT 300	8.12
ROMOSUZUMAB	90.1
ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)	28.45
ROPIVACAÏNE (CHLORHYDRATE DE)	72.1
ROSIGLITAZONE	68.15
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)	68.15
ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
ROSUVASTATINE CALCIQUE	24.7
ROTIGOTINE	28.45
ROUGIER MAGNÉSIUM	40.5
ROUGIER MAGNESIUM SANS SUCRE	40.5
ROZANOLIXIZUMAB	90.1
ROZLYTREK	10.6
RUFINAMIDE	28.17
RUXIENCE	10.14
RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE)	10.14
RUZURGI	12.1
RYBELSUS	68.12
RYBREVANT	10.1
RYDAPT	10.11
RYLAZE	10.4
RYMTI (SERINGUE)	90.5
RYMTI (STYLO)	90.5
RYSTIGGO	90.1
RYTHMODAN	24.1
RYTHMOL	24.1

S

S. O. S NALOXONE HYDROCHLORIDE INJECTION	28.9
SABRIL	28.19
SACITUZUMAB GOVITECAN	10.14
SACUBITRIL/VALSARTAN	24.31
SAFINAMIDE (MÉSYLATE DE)	28.45
SAIZEN	68.17
SALAGEN	12.2
SALBUTAMOL	12.5
SALBUTAMOL (SULFATE DE)	12.5
SALBUTAMOL HFA	12.5
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)	12.6
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	12.6
SALOFALK	56.9
SALOFALK (58,2 ML)	56.9
SANDIMMUNE	90.7
SANDOMIGRAN DS	28.43
SANDOSTATIN	68.18
SANDOSTATIN LAR	68.18
SANDOZ ABIRATERONE	10.1
SANDOZ AFATINIB	10.1
SANDOZ ALENDRONATE	92.3
SANDOZ ALFACALCIDOL	88.1
SANDOZ ALFUZOSIN	12.7
SANDOZ ALMOTRIPTAN	28.42
SANDOZ AMODARONE	24.1
SANDOZ AMLODIPINE	24.15, 24.16
SANDOZ AMOXICILLIN	8.5
SANDOZ AMOXI-CLAV	8.5
SANDOZ AMPHETAMINE XR	28.37
SANDOZ ANASTROZOLE	68.5
SANDOZ APIXABAN SDZ	20.1, 20.2
SANDOZ APREMILAST	90.2
SANDOZ APREMILAST (EMBALLAGE DE DÉPART)	90.2
SANDOZ ARIPIPRAZOLE	28.27, 28.28
SANDOZ ATOMOXETINE	28.46
SANDOZ ATORVASTATIN	24.4, 24.5

SANDOZ AZITHROMYCIN	8.4
SANDOZ BISOPROLOL	24.12
SANDOZ BRIMONIDINE	52.3
SANDOZ CANDESARTAN	24.25, 24.26
SANDOZ CANDESARTAN PLUS	24.26
SANDOZ CAPECITABINE	10.4
SANDOZ CARBAMAZEPINE CR	28.14
SANDOZ CIPROFLOXACIN	8.7, 8.1
SANDOZ CLARITHROMYCIN	8.4
SANDOZ CLONIDINE	24.14
SANDOZ COLCHICINE	92.1
SANDOZ CYCLOSPORINE	90.7
SANDOZ DAPAGLIFLOZIN	68.14
SANDOZ DEFERASIROX	64.1
SANDOZ DEFERASIROX (TYPE J)	64.1
SANDOZ DICLOFENAC	28.2
SANDOZ DICLOFENAC OPHTHA	52.2
SANDOZ DICLOFENAC RAPIDE 50 MG	28.2
SANDOZ DIMENHYDRINATE	56.4
SANDOZ DIMETHYL FUMARATE	28.47
SANDOZ DONEPEZIL	12.1, 12.2
SANDOZ DORZOLAMIDE	52.4
SANDOZ DORZOLAMIDE/TIMOLOL	52.3, 52.4
SANDOZ DULOXETINE	28.21
SANDOZ DUTASTERIDE	92.1
SANDOZ EDOXABAN	20.2
SANDOZ ENALAPRIL	24.19, 24.20
SANDOZ ENTACAPONE	28.44
SANDOZ ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
SANDOZ ESOMEPRAZOLE	56.7
SANDOZ ESTRADIOL DERM 100	68.5
SANDOZ ESTRADIOL DERM 50	68.5
SANDOZ ESTRADIOL DERM 75	68.5
SANDOZ EVEROLIMUS	10.6, 10.7
SANDOZ EZETIMIBE	24.2
SANDOZ FELODIPINE	24.17
SANDOZ FENOFIBRATE E	24.3
SANDOZ FENOFIBRATE E (145 MG)	24.3
SANDOZ FENTANYL PATCH	28.4
SANDOZ FESOTERODINE FUMARATE	86.1
SANDOZ FINASTERIDE	92.1
SANDOZ FINGOLIMOD	92.2
SANDOZ FLUOROMETHOLONE	52.1
SANDOZ GEFITINIB	10.7
SANDOZ GLICLAZIDE MR	68.14
SANDOZ GLIMEPIRIDE	68.15
SANDOZ GUANFACINE XR	24.15
SANDOZ HYDROCORTISONE	84.4
SANDOZ IRBESARTAN	24.26, 24.27
SANDOZ IRBESARTAN HCT	24.27
SANDOZ LACOSAMIDE	28.15
SANDOZ LANSOPRAZOLE	56.7
SANDOZ LATANOPROST	52.4
SANDOZ LEFLUNOMIDE	90.2
SANDOZ LENALIDOMIDE	10.9
SANDOZ LETROZOLE	68.6
SANDOZ LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
SANDOZ LEVOFLOXACIN	8.8
SANDOZ LINEZOLID	8.9
SANDOZ LISDEXAMFETAMINE	28.37, 28.38
SANDOZ LISINAPRIL HCT	24.21
SANDOZ LOSARTAN	24.27
SANDOZ LOSARTAN HCT	24.27, 24.28
SANDOZ LOSARTAN HCT DS	24.28
SANDOZ LURASIDONE	28.29, 28.30
SANDOZ MEMANTINE FCT	28.47
SANDOZ METFORMIN FC	68.8
SANDOZ MIRTAZAPINE	28.23
SANDOZ MOMETASONE	52.2
SANDOZ MONTELUKAST	48.2
SANDOZ MORPHINE SR	28.6
SANDOZ MOXIFLOXACIN	8.8
SANDOZ MYCOPHENOLATE MOFETIL	90.7
SANDOZ NARATRIPTAN	28.42
SANDOZ OLANZAPINE	28.30, 28.31
SANDOZ OLANZAPINE ODT	28.31
SANDOZ OLMESARTAN	24.28
SANDOZ OMEPRAZOLE (CAPS.)	56.8
SANDOZ ONDANSETRON	56.4, 56.5
SANDOZ ORPHENADRINE	12.8
SANDOZ PANTOPRAZOLE	56.8
SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE	24.21, 24.22
SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE	24.22
SANDOZ PERINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE HD	24.22
SANDOZ PIRFENIDONE	48.1
SANDOZ PIRFENIDONE CAPSULES	48.1
SANDOZ POMALIDOMIDE	10.13
SANDOZ POSACONAZOLE	8.11

SANDOZ PRAMIPEXOLE	28.45
SANDOZ PRAVASTATIN	24.6
SANDOZ PREDNISOLONE	52.2
SANDOZ PREGABALIN	28.12, 28.13
SANDOZ QUETIAPINE XRT	28.33, 28.34
SANDOZ RABEPRAZOLE	56.8
SANDOZ REPAGLINIDE	68.13
SANDOZ RIOCIGUAT	48.3
SANDOZ RISEDRONATE	92.4
SANDOZ RISPERIDONE	28.35, 28.36
SANDOZ RIVAROXABAN	20.4, 20.5
SANDOZ RIVASTIGMINE	12.2, 12.3
SANDOZ RIVASTIGMINE PATCH 10	12.3
SANDOZ RIVASTIGMINE PATCH 5	12.3
SANDOZ RIZATRIPTAN ODT	28.42
SANDOZ ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
SANDOZ SACUBITRIL-VALSARTAN	24.31
SANDOZ SAXAGLIPTIN	68.9, 68.10
SANDOZ SILODOSIN	12.7
SANDOZ SITAGLIPTIN	68.10
SANDOZ SITAGLIPTIN-METFORMIN	68.8, 68.9, 68.11
SANDOZ SITAGLIPTIN-METFORMIN XR	68.9, 68.11, 68.12
SANDOZ SODIUM BICARBONATE	40.1
SANDOZ SOLIFENACIN	86.1
SANDOZ SUNITINIB	10.14
SANDOZ TACROLIMUS	90.8
SANDOZ TACROLIMUS XR	90.8
SANDOZ TAMSULOSIN	12.7
SANDOZ TAMSULOSIN CR	12.7
SANDOZ TELMISARTAN	24.29
SANDOZ TELMISARTAN HCT	24.29
SANDOZ TERIFLUNOMIDE	92.2
SANDOZ TIMOLOL	52.3
SANDOZ TOBRAMYCIN	52.1
SANDOZ TOFACITINIB	90.2
SANDOZ TOLTERODINE LA	86.1
SANDOZ TRANDOLAPRIL	24.25
SANDOZ TRAVOPROST	52.5
SANDOZ VALACYCLOVIR	8.17
SANDOZ VALSARTAN	24.30
SANDOZ VALSARTAN HCT	24.30, 24.31
SANDOZ VENLAFAXINE XR	28.26
SANDOZ VORICONAZOLE	8.11
SANDOZ ZOLMITRIPTAN	28.43
SANDOZ ZOLMITRIPTAN ODT	28.43
SANTYL	84.8
SAPHNELO	90.6
SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE)	92.5
SARCLISA	10.8
SARILUMAB	90.5
SATRALIZUMAB	92.2
SAXAGLIPTIN	68.9
SCSEMBLIX	10.2
SCOPOLAMINE (BROMHYDRATE DE)	12.4
SCOPOLAMINE HYDROBROMIDE INJECTION	12.4
SEASONALE	68.4
SEASONIQUE	68.4
SÉBÉLIPASE ALFA	44.1
SÉBUM SYNTHÉTIQUE	84.7
SECUKINUMAB	90.5
SÉDATUSS	48.1
SEEBRI BREEZHALER	12.3
SELECT 1/35 (21)	68.4
SELEGILINE	28.46
SÉLÉGINE (CHLORHYDRATE DE)	28.46
SÉLÉNIEUX (ACIDE)	40.6
SELEXIPAG	48.3
SÉLINEXOR	10.14
SELPERCATINIB	10.14
SÉLUMÉTINIB	10.14
SÉMAGLUTIDE	68.12
SÉMAGLUTIDE (GÉNÉRIQUE)	68.12
SEMGLEE (STYLO)	68.12
SENNA	56.2
SENNACE	56.2
SENNALAX	56.2
SENNALAX FORTE	56.2
SENNOSIDES	56.2
SENNOSIDES A & B	56.2
SENOKOT	56.2
SENSORCAINE	72.1
SENSORCAINE-EPINÉPHRINE	72.1
SEPTRA	8.8
SERC	28.46
SEREVENT DISKUS	12.6

SEROQUEL	28.32, 28.33
SEROQUEL XR	28.33, 28.34
SERTRALINE	28.25
SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE)	28.25
SERTRALINE-100	28.25
SERTRALINE-25	28.25
SERTRALINE-50	28.25
SÉRUM ANTITHYMOCYTES (ÉQUIN)	90.8
SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)	40.7
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)	40.7
SEVOFLURANE	28.1
SEVORANE	28.1
SIALOR	52.5
SILDÉNAFIL (CITRATE DE)	24.10
SILIQ (SERINGUE)	84.8
SILKIS	84.8
SILODOSINE	12.7
SILVERCEL (10 CM X 20 CM - 200 CM²)	94.10
SILVERCEL (11 CM X 11 CM - 121 CM²)	94.10
SILVERCEL (5 CM X 5 CM - 25 CM²)	94.11
SILVERCEL NON ADHÉRENT (10 CM X 20 CM- 200 CM²)	94.10
SILVERCEL NON ADHÉRENT (11 CM X 11 CM- 121 CM²)	94.10
SILVERCEL NON ADHÉRENT (5 CM X 5 CM- 25 CM²)	94.11
SIMBRINZA	52.3
SIMLANDI (SERINGUE)	90.3-90.5
SIMLANDI (STYLO)	90.3, 90.4
SIMPONI	90.5
SIMPONI I.V.	90.5
SIMULECT	90.7
SIMVASTATIN	24.8, 24.9
SIMVASTATINE	24.8
SINCALIDE	36.1
SINCALIDE POUR INJECTION	36.1
SINEQUAN	28.20
SINGULAIR	48.2
SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)	92.2
SIROLIMUS	90.8
SITAGLIPTIN	68.10
SITAGLIPTIN/METFORMIN	68.8, 68.9,
	68.11
SITAGLIPTINE	68.10
SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	68.8, 68.11
SITAGLIPTIN-METFORMIN	68.8, 68.9,
	68.11
SKYRIZI	84.5
SKYRIZI (SERINGUE)	84.5
SKYRIZI (STYLO)	84.5
SLYND (28)	68.3
SMOFKABIVEN	40.8
SMOFKABIVEN ELECTROLYTE FREE	40.8
SMOFKABIVEN PERIPHERAL	92.4
SMOFLIPID	40.9
SODIUM (ACÉTATE DE)	40.6
SODIUM (CHLORURE DE)	40.6, 40.12
SODIUM (CHLORURE DE)/ ALCOOL BENZYLIQUE	40.7
SODIUM (PHOSPHATE ACIDE DE)/ SODIUM (PHOSPHATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)	36.1
SODIUM ACETATE OMEGA	40.6
SODIUM BICARBONATE INJECTION	40.1
SOFOSBUVIR	8.17
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR	8.17
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR	8.18
SOJOURN	28.1
SOLIFENACIN	86.1
SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE)	86.1
SOLIRIS	92.4
SOLUCAL (TOUTES SAVEURS)	40.4
SOLUCAL D (TOUTES SAVEURS)	40.4
SOLUCAL D+1000 (TOUTES SAVEURS)	40.4
SOLU-CORTEF	68.2
SOLU-MEDROL	68.2
SOLUTÉ BUVABLE POUR LAVAGE DU CÔLON	56.2
SOLUTION D'ACÉTYLCYSTÉINE	48.3
SOLUTION DE CHLORURE DE SODIUM 0.9%	40.12
SOLUTION DE RINGER AVEC LACTATE	40.4
SOLUTION DE RINGER- LACTATE ET DEXTROSE 5%	40.4
SOLUTION INJECTABLE DE FONDAPARINUX SODIQUE	20.3
SOLUTION SALINE STÉRILE TAMPONNÉE AUX PHOSPHATES	36.1
SOLUTION SHOHL	
SOLYSTAT	40.7
SOMATOTROPHINE	68.17
SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET	
SYNDROME DE TURNER	68.17
SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE LIÉ À	
L'INSUFFISANCE RÉNALE	68.17
SOMATULINE AUTOGEL	68.18
SOOTHE NIGHT TIME	52.6
SORAFENIB (TOSYLATE DE)	10.14

SORIATANE	84.7
SOTALOL (CHLORHYDRATE DE)	24.14
SOTATERCEPT	48.4
SOTYKTU	84.8
SOULAGEMENT DES ALLERGIES EXTRA FORT	4.1
SOVALDI	8.17
SPECTRO ECZEMACARE MEDICATED CREAM	84.3
SPINRAZA	92.2
SPIRIVA	12.4
SPIRIVA (AVEC HANDIHALER)	12.4
SPIRIVA RESPIMAT	12.4
SPIRONOLACTONE	24.31
SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	40.11
SPORANOX	8.11
SPRYCEL	10.5
STALEVO	28.43, 28.44
STATEX	28.6
STEQUEYMA	90.6
STERCULIA	56.2
STIRIPENTOL	28.18
STIVARGA	10.14
STOBOCLO	90.1
STREPTOMYCIN	8.1
STREPTOMYCINE (SULFATE DE)	8.1
STRIBILD	8.14
SUBLOCADE	28.8
SUBOXONE	28.8, 28.9
SUCCINYLCHOLINE (CHLORURE DE)	12.8
SUCRALFATE	56.7
SUFENTANIL (CITRATE DE)	28.7
SULCRATE	56.7
SULCRATE PLUS	56.7
SULFADIAZINE D'ARGENT	84.2
SULFASALAZINE	8.8
SULFATE D'AMIKACINE INJECTION	8.1
SULFATE D'AMIKACINE POUR INJECTION	8.1
SULFATE DE BLÉOMYCINE	10.3
SULFATE DE MAGNÉSIUM INJECTABLE	28.17
SULFATE DE MORPHINE INJECTABLE	28.7
SULFATE DE MORPHINE INJECTION	28.7
SULFATE DE MORPHINE INJECTION ÉPIDURALE	28.7
SULFATE DE MORPHINE POUR INJECTION	28.7
SULFATE DE PROTAMINE	20.8
SULFATE FERREUX	20.1
SULFATE FERREUX (CO. ENT.)	20.1
SULFATRIM	8.8
SULFATRIM-DS	8.8
SULFATRIM-PED	8.8
SULINDAC	28.3
SUMATRIPTAN	28.43
SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE)	28.42
SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)	28.43
SUMATRIPTAN DF	28.43
SUNITINIB (MALATE DE)	10.14
SUPEUDOL	28.7
SUPEUDOL 20	28.7
SUPRAX	8.2
SUPREFACT	68.6
SUPREFACT DÉPÔT	68.6
SUPREFACT DÉPÔT 3 MOIS	68.6
SUSPAL-MONOVALENT	80.1, 80.2
SUSPAL- MONOVALENT-ACARIENS	80.1, 80.2
SUSPAL-POLYVALENT	80.1, 80.2
SUSPAL- POLYVALENT-ACARIENS	80.1, 80.2
SUTENT	10.14
SUXAMÉTHONIUM (CHLORURE DE)	
SYMBICORT 100 TURBUHALER	12.5
SYMBICORT 200 TURBUHALER	12.5
SYNALAR RÉGULIER	84.3
SYNAREL	68.7
SYNJARDY	68.15, 68.16
SYNPHASIC 21	68.4
SYNPHASIC 28	68.4
SYNTHROID	68.19

T

TACROLIMUS	84.5, 84.8
TADALAFIL	24.10
TAFAMIDIS	24.2
TAFAMIDIS MÉGLUMINE	24.2
TAFASITAMAB	10.14
TAFLINAR	10.5
TAGRISSO	10.12
TALTZ (SERINGUE)	84.8

TALTZ (STYLO)	84.8
TALWIN	28.8
TAMIFLU	8.16
TAMOXIFÈNE (CITRATE DE)	68.6
TAMSULOSIN CR	12.7
TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE)	12.7
TAPAZOLE	68.20
TARGEL S.A.	84.7
TARO-ACITRETIN	84.7
TARO-AMCINONIDE	84.2
TARO-AMLODIPINE	24.16
TARO-ANASTROZOLE	68.5
TARO-APIXABAN	20.1, 20.2
TARO-ATENOLOL	24.12
TARO-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
TARO-BORTEZOMIB	10.3
TARO-BOSENTAN	48.3
TARO-BUDESONIDE	68.1
TARO-BUPROPION XL	28.19
TARO-CALCIPOTRIOL/BETAMETHASONE GEL	84.8
TARO-CALCITRIOL	88.2
TARO-CANDESARTAN	24.25, 24.26
TARO-CAPECITABINE	10.4
TARO-CARBAMAZEPINE	28.14
TARO-CARBAMAZEPINE CHEWABLE	28.13, 28.14
TARO-CEFPROZIL	8.2
TARO-CIPROFLOX	8.7
TARO-CLARITHROMYCIN	8.4
TARO-CLINDAMYCIN	84.1
TARO-CLOBETASOL	84.3
TARO-CLOMIPRAMINE	28.20
TARO-CLOPIDOGREL	20.6
TARO-DASATINIB	10.5
TARO-DEFERASIROX (TYPE J)	64.1
TARO-DIPYRIDAMOLE/ASA	24.10
TARO-DOMPERIDONE	56.8
TARO-DONEPEZIL	12.1, 12.2
TARO-DOXORUBICIN LIPOSOMAL	10.6
TARO-DULOXETINE	28.21
TARO-ENALAPRIL	24.19, 24.20
TARO-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
TARO-ESOMEPRAZOLE	56.7
TARO-FENOFIBRATE E (145 MG)	24.3
TARO-FINGOLIMOD	92.2
TARO-FUSIDIC ACID	84.1
TARO-GLICLAZIDE MR	68.14
TARO-IMPENEM-CILASTATIN	8.3
TARO-IMIQUIMOD PUMP	84.8
TARO-IRBESARTAN	24.26, 24.27
TARO-LANSOPRAZOLE	56.7
TARO-LENALIDOMIDE	10.9
TARO-LURASIDONE	28.29, 28.30
TARO-MELPHALAN	10.10
TARO-MEROPENEM	8.4
TARO-MOMÉTASONE	84.4
TARO-MOMETASONE LOTION	84.4
TARO-MONTELUKAST	48.2
TARO-MUPIROCIN	84.1
TARO-MYCOPHENOLATE	90.7
TARO-PALBOCICLIB	10.12
TARO-PANTOPRAZOLE	56.8
TARO-PEMETREXED	10.13
TARO-PERAMPANEL	28.17
TARO-PHENYTOIN	28.10
TARO-POSACONAZOLE	8.11
TARO-PRAVASTATIN	24.6
TARO-PREGABALIN	28.12, 28.13
TARO-RAMIPRIL	24.24
TARO-RAMIPRIL HCTZ	24.24, 24.25
TARO-RISPERIDONE	28.35, 28.36
TARO-RIVAROXABAN	20.4, 20.5
TARO-ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
TARO-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
TARO-SITAGLIPTIN FUMARATE	68.10
TARO-SOLIFENACIN	86.1
TARO-SONE	84.2
TARO-SUMATRIPTAN	28.43
TARO-SUNITINIB	10.14
TARO-TEMOZOLOMIDE	10.15
TARO-TERCONAZOLE	84.1
TARO-TESTOSTERONE	68.3
TARO-TESTOSTERONE CYPIONATE	68.3
TARO-TESTOSTERONE GEL	68.3
TARO-TICAGRELOR	20.6
TARO-TOFACITINIB	90.2
TARO-TOFACITINIB XR	90.2
TARO-VALSARTAN	24.30
TARO-VENLAFAXINE XR	28.26

TARO-WARFARIN	20.5, 20.6
TARTRATE DE MÉTOPROLOL INJECTION	24.14
TARTRATE DE VINORELBINE POUR INJECTION	10.16
TASIGNA	10.11
TAZAROTÈNE	84.8
TEARS NATURELLE II	52.6
TÉBENTAFUSP	10.14
TECARTUS	10.3
TECENTRIQ	10.2
TECENTRIQ SC	10.2
TECFIDERA	28.47
TECLISTAMAB	10.14
TECTA	56.8
TECVAYLI	10.14
TEGADERM 3M-COUCHE PRÉ-REVÊTEMENT NON ADHÉRENT 20X25-500CM²	94.15
TEGADERM 3M-COUCHE PRÉ-REVÊTEMENT NON ADHÉRENT 7,5X10-75CM²	94.15
TEGADERM 3M-COUCHE PRÉ-REVÊTEMENT NON ADHÉRENT 7,5X20-150CM²	94.15
TEGADERM 3M-PANSEMENT D'ALGINATEÀHAUTEINTÉGRITÉ 10X10-100CM²	94.1
TEGADERM 3M-PANSEMENT D'ALGINATEÀHAUTEINTÉGRITÉ 10X20-200CM²	94.1
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE ADHÉSIF 10CM X 11CM-46CM²	94.8
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE ADHÉSIF 14,3 X 14,3-100 CM²	94.6
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE ADHÉSIF 14,3 X 15,6-86 CM²	94.8
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE ADHÉSIF 19CM X 22,2CM-188CM²	94.6
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE ADHÉSIF 8,8CM X 8,8CM-25CM²	94.8
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE NON ADHÉSIF 10 X 10-100 CM²	94.3
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE NON ADHÉSIF 10 X 20-200 CM²	94.3
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE NON ADHÉSIF 10 X 60-600 CM²	94.5
TEGADERM 3M-PANSEMENT EN MOUSSE NON ADHÉSIF 20 X 20-400CM²	94.4
TEGRETOL	28.13, 28.14
TEGRETOL CR	28.14
TEINTURE D'IODE	84.2
TELMISARTAN	24.29
TELMISARTAN	24.29
TELMISARTAN/AMLODIPINE	24.30
TELMISARTAN/ HCTZ	24.29
TELMISARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.29
TELMISARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.29
TELMISARTAN HCTZ	24.29
TELMISARTAN - HCTZ	24.29
TÉMAZÉPAM	28.40
TEMODAL	10.15
TEMOZOLOMIDE	10.15
TEMPRA	28.8
TEMSIROLIMUS	10.15
TENECTEPLASE	20.6
TENIPOSIDE	10.15
TENOFOVIR	8.15
TENOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE)	8.17
TENOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)	8.15
TENORMIN	24.12
TEPMETKO	10.15
TEPOTINIB (CHLORHYDRATE DE)	10.15
TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)	24.11
TERBINAFINE	8.10
TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)	8.10, 8.1
TERBUTALINE (SULFATE DE)	12.6
TERCONAZOLE	84.1
TÉRIFLUNOMIDE	92.2
TÉRIPARATIDE	68.16
TÉRIPARATIDE (BIOSIMILAIRE)	68.16
TESTIM 1%	68.3
TESTOSTÉRONNE	68.3
TESTOSTÉRONNE (CYPIONATE DE)	68.3
TESTOSTÉRONNE (ÉNANTHATE DE)	68.3
TESTOSTÉRONNE (UNDÉCANOATE DE)	68.3
TETRABENAZINE	28.47
TETRACYCLINE	8.9
TETRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE)	8.9
TÉTRADÉCYLSULFATE DE SODIUM	24.11
TEVA-5-ASA	56.9
TEVA-ABACAVIR/LAMIVUDINE	8.13
TEVA-ACEBUTOLOL	24.11
TEVA-ACYCLOVIR	8.16
TEVA-ALENDRONATE	92.3

TEVA-ALPRAZOLAM	28.39
TEVA-AMIODARONE	24.1
TEVA-AMOXICILLIN	8.5
TEVA-AMPHETAMINE XR	28.37
TEVA-AMPICILLIN	8.6
TEVA-ANASTROZOLE	68.5
TEVA-APIXABAN	20.1, 20.2
TEVA-ATAZANAVIR	8.13
TEVA-ATENOL	24.12
TEVA-ATENOLOL	24.12
TEVA-ATOMOXETINE	28.46
TEVA-ATORVASTATIN	24.4, 24.5
TEVA-ATOVAQUONE PROGUANIL	8.18
TEVA-AZATHIOPRINE	90.7
TEVA-BETAMETHASONE/CALCIPOTRIOL	84.8
TEVA-BICALUTAMIDE	10.3
TEVA-BISOPROLOL	24.12
TEVA-BROMAZEPAM	28.39
TEVA-BUDESONIDE	68.1
TEVA-BUPRENORPHINE/NALOXONE	28.8, 28.9
TEVA-BUPROPION XL	28.19
TEVA-BUSPIRONE	28.41
TEVA CANDESARTAN	24.25, 24.26
TEVA CANDESARTAN/ HCTZ	24.26
TEVA-CAPTROPIL	24.19
TEVA-CARBAMAZEPINE	28.13
TEVA-CARVEDILOL	24.12, 24.13
TEVA-CEFADROXIL	8.1
TEVA-CEPHALEXIN	8.3
TEVA-CHLORPROMAZINE	28.28
TEVA-CINACALCET	68.16
TEVA-CITALOPRAM	28.19, 28.20
TEVA-CLINDAMYCIN	8.9
TEVA-CLOBAZAM	28.10
TEVA-CLOBETASOL	84.3
TEVA-CLONIDINE	24.14
TEVA-CLOPIDOGREL	20.6
TEVA-CLOXACILLIN	8.6
TEVA-CLOXACILLIN SOLUTION	8.6
TEVA-CODEINE	28.4, 28.1
TEVA-COMBO STERINEBS	12.5
TEVA-CYCLOBENZAPRINE	12.7
TEVA-CYCLOSPORINE	52.1
TEVA-DASATINIB	10.5
TEVA-DEXTROAMPHETAMINE SR	28.37
TEVA-DICLOFENAC K	28.2
TEVA-DILTIAZEM CD	24.18
TEVA-DILTIAZEM T	24.17, 24.18
TEVA-DILTIAZEM XC	24.18, 24.19
TEVA-DONEPEZIL	12.1, 12.2
TEVA-DOXAZOSIN	24.11
TEVA-DOXYCYCLINE	8.8
TEVA-DOXYCYCLINE (CO.)	8.9
TEVA-DULOXETINE	28.21
TEVA-DUTASTERIDE	92.1
TEVA-ECTOSONE	84.2
TEVA-EDOXABAN	20.2
TEVA-EFAVIRENZ/EMTRICITABINE/TENOFOVIR	8.14
TEVA-ELETRIPTAN	28.42
TEVA-EMTEC-30	28.3
TEVA-EMTRICITABINE/TENOFOVIR	8.14
TEVA-ENTACAPONE	28.44
TEVA-ERLOTINIB	10.6
TEVA-ESCITALOPRAM	28.21, 28.22
TEVA-ESOMEPRAZOLE	56.7
TEVA-EVEROLIMUS	10.6, 10.7
TEVA-EZETIMIBE	24.2
TEVA-FAMOTIDINE	56.6
TEVA-FEBUXOSTAT	92.2
TEVA-FENOFIBRATE-S (160 MG)	24.3
TEVA-FENTANYL	28.4
TEVA-FINGOLIMOD	92.2
TEVA-FLUOXETINE	28.22
TEVA-FLUTICASONE	52.2
TEVA-FLUVASTATIN	24.5
TEVA-FLUVOXAMINE	28.22
TEVA-FOSINOPRIL	24.20
TEVA-FULVESTRANT INJECTION	10.7
TEVA-FUROSEMIDE	40.9, 40.10
TEVA-GABAPENTIN	28.11, 28.14
TEVA-GEMFIBROZIL	24.3
TEVA-GLICLAZIDE	68.14
TEVA-GLYBURIDE	68.15
TEVA-HALOPERIDOL	28.29
TEVA-HYDROCHLOROTHIAZIDE	40.10
TEVA-IMATINIB	10.8
TEVA-INDOMETHACIN	28.2
TEVA-IPRATROPIUM STERINEBS	12.4

TEVA-KETOCONAZOLE	8.11
TEVA-LACOSAMIDE	28.15
TEVA LACTULOSE	40.1, 40.1
TEVA-LATANOPROST	52.4
TEVA-LEFLUNOMIDE	90.2
TEVA-LENOLTEC NO.4	28.4
TEVA-LETROZOLE	68.6
TEVA-LEVETIRACETAM	28.16, 28.17
TEVA-LEXIN 125	8.3
TEVA-LEXIN 250	8.3
TEVA-LIOTHYRONINE	68.19
TEVA-LISDEXAMFETAMINE	28.37, 28.38
TEVA-LISINOPRIL/HCTZ (TYPE Z)	24.21
TEVA-LISINOPRIL (TYPE Z)	24.20, 24.21
TEVA-LOPERAMIDE	56.1
TEVA-LORAZEPAM	28.40
TEVA LOSARTAN	24.27
TEVA-MELOXICAM	28.3
TEVA-METFORMIN	68.8
TEVA-METOPROLOL	24.13
TEVA-MEXILETINE	24.1
TEVA-MIRTAZAPINE	28.23
TEVA-MODAFINIL	28.39
TEVA-MOMÉTASONE	52.2, 52.4
TEVA-MONTELUKAST	48.2
TEVA-MORPHINE SR	28.6
TEVA-MOXIFLOXACIN	8.8
TEVA-MYCOPHENOLATE	90.7
TEVA NABILONE	56.6
TEVA-NAPROXEN	28.3
TEVA-NAPROXEN EC	28.3
TEVA-NARATRIPTAN	28.42
TEVA-NITROFURANTOIN	8.19
TEVA-NYSTATIN	8.12
TEVA-OLANZAPINE	28.30, 28.31
TEVA-OLMESARTAN	24.28
TEVA-ONDANSETRON	56.4, 56.5
TEVA-PANTOPRAZOLE	56.8
TEVA-PAROXETINE	28.24
TEVA-PERINDOPRIL	24.21, 24.22
TEVA-PERINDOPRIL/INDAPAMIDE	24.22
TEVA-PINDOLOL	24.14
TEVA-PIOGLITAZONE	68.15
TEVA-PIROXICAM	28.3
TEVA-PRAVASTATIN	24.6
TEVA-PAZOSIN	24.11
TEVA-PREDNISONE	68.2
TEVA-PREGABALIN	28.12, 28.13
TEVA-PROGESTERONE	68.19
TEVA-PROPRANOLOL	24.14
TEVA-QUETIAPINE XR	28.33, 28.34
TEVA-QUININE	8.18
TEVA-RAMIPRIL	24.24
TEVA-RASAGILINE	28.45
TEVA-RISEDRONATE	92.4
TEVA-RISPERIDONE	28.35, 28.36
TEVA-RIVAROXABAN	20.4, 20.5
TEVA-RIZATRIPTAN ODT	28.42
TEVA-ROPINIROLE	28.45
TEVA ROSUVASTATIN	24.7, 24.8
TEVA-SALBUTAMOL HFA	12.5
TEVA-SALBUTAMOL STERINEBS P.F.	12.6
TEVA-SERTRALINE	28.25
TEVA-SILDENAFIL R	24.10
TEVA-SIMVASTATIN	24.8, 24.9
TEVA-SITAGLIPTIN MALATE	68.10
TEVA-SITAGLIPTIN MALATE / METFORMIN	68.8, 68.9, 68.11
TEVA-SOLIFENACIN	86.1
TEVA-SPIRONOLACTONE	24.31
TEVA-SPIRONOLACTONE/HCTZ	40.11
TEVA-SULINDAC	28.3
TEVA-SUMATRIPTAN	28.43
TEVA-SUMATRIPTAN DF	28.43
TEVA-SUNITINIB	10.14
TEVA-TAMOXIFEN	68.6
TEVA-TAMSULOSIN CR	12.7
TEVA TELMISARTAN	24.29
TEVA TELMISARTAN HCTZ	24.29
TEVA-TEMOZOLOMIDE	10.15
TEVA-TERIFLUNOMIDE	92.2
TEVA-TERIPARATIDE INJECTABLE	68.16
TEVA-TIAPROFENIC	28.3
TEVA-TOBRAMYCIN	8.1
TEVA-TOLTERODINE LA	86.1
TEVA-TOPILENE	84.2
TEVA-TOPIRAMATE	28.18
TEVA-TOPISONE	84.2

TEVA-TRAZODONE	28.25, 28.26
TEVA-TRIAMZIDE	40.11
TEVA-VALACYCLOVIR	8.17
TEVA-VALGANCICLOVIR	8.17
TEVA VALSARTAN	24.30
TEVA VALSARTAN/HCTZ	24.30
TEVA ZOLMITRIPTAN	28.43
TEVA ZOLMITRIPTAN OD	28.43
TEZÉPÉLUMAB	48.4
TEZSPIRE (SERINGUE)	48.4
TEZSPIRE (STYLO)	48.4
THALIDOMIDE	92.3
THALOMID	92.3
THEO ER	86.2
THEO LA	86.2
THEOPHYLLINE	86.2
THEOPHYLLINE	86.2
THIAMJECT	88.1
THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)	88.1
THIOGUANINE	10.15
THIOSULFATE DE SODIUM	91.1
THIOSULFATE DE SODIUM	91.1
THIOSULFATE DE SODIUM INJECTABLE	91.1
THRIVE	12.1
THYROGEN	36.1
THYROTROPINE ALFA	36.1
TIAMOL	84.3
TIAPROFÉNIQUE (ACIDE)	28.3
TIAZAC	24.17, 24.18
TIAZAC XC	24.18, 24.19
TIBSOVO	10.8
TICAGRÉLOR	20.6
TIGECYCLINE	8.9
TIGÉCYCLINE	8.9
TILDRAKIZUMAB	84.6, 84.8
TIMOL	24.14
TIMOLOL (MALÉATE DE)	24.14, 24.3
TIMOLOL MALEATE-EX	52.3
TIMOPTIC	52.3
TIMOPTIC-XE	52.3
TINZAPARINE SODIQUE	20.5
TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)	12.4
TISAGENLECLEUCEL	10.15
TIS-U-SOL	40.12
TIVICAY	8.13
TIZANIDINE	12.7
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)	12.7
TNKASE	20.6
TOBI	8.1
TOBI PODHALER	8.1
TOBRAMYCIN	8.1
TOBRAMYCINE	52.1
TOBRAMYCINE (SANS PRÉSERVATIF)	8.1, 8.1
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	8.1, 8.1
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	8.1
TOBRAMYCINE INJECTABLE	8.1
TOBRAMYCINE POUR INJECTION	8.1
TOBREX	52.1
TOBREX 0.3%	52.1
TOCILIZUMAB	90.5
TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)	88.3
TOCTINO	84.7
TOFACITINIB (CITRATE DE)	90.2
TOLTÉRODINE (L-TARTRATE DE)	86.1
TOMUDEX	10.13
TOMVI	28.1
TOPAMAX	28.18
TOPICORT	84.3
TOPICORT DOUX	84.3
TOPIRAMATE	28.18
TOPIRAMATE	28.18
TOPOTECAN	10.15
TOPOTÉCAN	10.15
TORISEL	10.15
TOUJEO DOUBLESTAR	68.12
TOUJEO SOLOSTAR	68.12
TOVIAZ	86.1
TPN ÉLECTROLYTES	40.4
TRACLEER	48.3
TRAJENTA	68.9
TRAMÉTINIB	10.15
TRANDATE	24.13
TRANDOLAPRIL	24.25
TRANDOLAPRIL	24.25
TRANEXAMIC ACIDE	20.8
TRANEXAMIQUE (ACIDE)	20.8
TRANXENE	28.39
TRANLYCYPROMINE (SULFATE DE)	28.25

TRASTUZUMAB	10.15
TRASTUZUMAB DÉRUXTÉCAN	10.15
TRASTUZUMAB EMTANSINE	10.15
TRAVASOL 10% (MÉLANGE C) SANS ÉLECTROLYTES	40.7
TRAVASOL 10% - DEXTROSE 10%	40.8
TRAVASOL 10% - DEXTROSE 50%	40.8
TRAVASOL 2.5% - DEXTROSE 10%	40.8
TRAVASOL 2.5 % - DEXTROSE 25%	40.8
TRAVASOL 2.75% - DEXTROSE 25%	40.8
TRAVASOL 2.75% - DEXTROSE 5%	40.8
TRAVASOL 4.25% - DEXTROSE 10%	40.8
TRAVASOL 4.25% - DEXTROSE 25%	40.8
TRAVASOL 5% - DEXTROSE 10%	40.8
TRAVASOL 5% - DEXTROSE 25%	40.8
TRAVASOL 8.5% - DEXTROSE 20%	40.8
TRAVASOL 8.5% - DEXTROSE 40%	40.8
TRAVASOL 8.5% - DEXTROSE 50%	40.8
TRAVASOL A 4.25% - DEXTROSE 20%	40.8
TRAVATAN Z	52.5
TRAVELTABS	56.4
TRAVOPROST	52.4
TRAVOPROSTI TIMOLOL (MALÉATE DE)	52.4, 52.5
TRAZIMERA	10.15
TRAZODONE	28.25, 28.26
TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)	28.25
TRAZODONE-100	28.26
TRAZODONE-150 D	28.26
TRAZODONE-50	28.25
TREANDA	10.2
TRECONDYV	10.16
TRELEGY ELLIPTA	12.4, 12.6, 12.3
TRELSTAR	10.16
TRELSTAR LA	10.16
TRÉMÉLIMUMAB	10.15
TREMFYA	84.5
TREMFYA I.V.	84.5
TREMFYA ONE-PRESS	84.5
TRÉOSULFAN	10.16
TRÉOSULFAN POUR INJECTION	10.16
TREPROSTINIL SODIQUE	24.11
TRESIBA FLEXTOUCH	68.12
TRESIBA PENFILL	68.12
TRÉTINOÏNE	10.16, 10.6
TRIADERM	84.5
TRIAMCINOLONE	68.2
TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)	52.2, 52.2, 52.5
TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE	40.11
TRIATEC-30	28.3
TRI-CIRA (21)	68.4
TRI-CIRA (28)	68.4
TRIENTINE (CHLORHYDRATE DE)	64.1
TRIFLUOPÉRAZINE	28.36
TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)	28.36
TRIFLURIDINE/TIPRACIL (CHLORHYDRATE DE)	10.16
TRIEPTANOÏNE	40.9
TRIHES	28.44
TRIHESYPHENIDYL	28.44
TRIHESYPHENIDYLE (CHLORHYDRATE DE)	28.44
TRI-JORDYNA 21	68.4
TRI-JORDYNA 28	68.4
TRIKAFTA	48.2, 48.3
TRILEPTAL	28.17
TRIMÉPRAZINE (TARTRATE DE)	4.1
TRIMETHOPRIM	8.19
TRIMÉTHOPRIME	8.19
TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOXAZOLE	8.8
TRIMIP	28.26
TRIMIPRAMINE	28.26
TRIMIPRAMINE	28.26
TRINIPATCH	24.10
TRINITRATE DE GLYCÉRYLE	24.9
TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)	24.10
TRINTELLIX	28.27
TRIOXYDE D'ARSENIC POUR INJECTION	10.1
TRIPTORÉLINE (PAMOATE DE)	10.16
TRIQUILAR 21	68.4
TRIQUILAR 28	68.4
TRIUMEQ	8.13
TRI-VI-SOL	88.4
TRODELVY	10.14
TROMBOJECT	24.11
TRONOTHANE	84.6
TROPICAMIDE	52.2
TROSPIMUM (CHLORURE DE)	86.2
TROUSSE LTA	52.2
TRULICITY	68.12
TRUQAP	10.4
TRURAPI	68.12

TRURAPI SOLOSTAR	68.12
TRUVADA	8.14
TRUXIMA	10.14
TRYPTAN (CAPS)	28.23
TRYPTAN (CO.)	28.23
TUBERCULINE DÉRIVÉE DE PROTÉINE PURIFIÉE	
(MANTOUX)	36.3
TUBERSOL	36.3
TUCATINIB	10.16
TUDORZA GENUAIR	12.3
TUKYSA	10.16
TUZEMTY	90.1
TWINRIX	80.3
TWINRIX JUNIOR	80.3
TWYNSTA	24.30
TYENNE	90.5
TYGACIL	8.9
TYKERB	10.9
TYSabri	90.1

U

U-CAL D800	40.2
UCERIS	84.3
ULIPRISTAL (ACÉTATE D')	68.4
ULONE	48.1
ULTIBRO BREEZHALER	12.5
ULTOMIRIS	90.1
ULTRAVIST 240	36.2
ULTRAVIST 300	36.2
ULTRAVIST 370	36.2
UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')	12.4
UNITUXIN	10.5
UPADACITINIB	90.2
UPLIZNA	90.1
UPTRAVI	48.3, 48.4
URÉE	84.7
URÉE/ HUILE MINÉRALE	84.7
URÉE/ LACTIQUE (ACIDE)	84.7
UREMOL 10 CRÈME	84.7
UREMOL 10 LOTION	84.7
UREMOL 20 CRÈME	84.7
URGOCCELL AG ABSORB NON-ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.10
URGOCCELL AG ABSORB NON-ADHÉSIF (15 CM X 20 CM - 300 CM²)	94.11
URGOTUL ABSORB BORDER (10 CM X 10 CM - 36 CM²)	94.8
URGOTUL ABSORB BORDER (15 CM X 15 CM - 93 CM²)	94.8
URGOTUL ABSORB BORDER (15 CM X 20 CM - 141 CM²)	94.6
URGOTUL ABSORB BORDER (SACRUM) (20 CM X 20 CM - 154 CM²)	94.9
URGOTUL ABSORB NON-ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 100 CM²)	94.3
URGOTUL ABSORB NON-ADHÉSIF (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.4
URGOTUL AG (10 CM X 12 CM - 120 CM²)	94.10
URGOTUL AG (15 CM X 20 CM - 300 CM²)	94.11
URISEC	84.7
URISEC-10	84.7
URISEC CRÈME ECZÉMA	84.4
UROMITEXAN	92.4
URSODIOL	56.3
URSODIOL C	56.3
USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN)	90.6
USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ENFANTS)	90.6
USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE)	90.6

V

VABYSMO	52.5
VACCIN CONJUGUÉ CONTRE L'HAEMOPHILUS B	80.3
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE A	80.3
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE A ET L'HÉPATITE B	80.3
VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B	80.3
VACCIN DT POLIO ADSORBÉ	80.3
VACCIN MÉNINGOCOCCIQUE, GROUPES A/C/Y/W-135	80.3
VACCIN PNEUMOCOCCIQUE (POLYVALENT)	80.3
VACCIN POLIOMYÉLITE	80.3
VACCIN POLIOMYÉLITIQUE INACTIVÉ (CULTIVÉ SUR CELLULES DIPLOÏDES) - IPV	80.3
VACCIN RABIQUE (CELLULES DIPLOÏDES HUMAINES)	80.3
VACCIN ROUGEOLEUX, OURLIEN ET RUBÉOLEUX	80.3
VACCIN VIRAL ANTI-INFLUENZA QUADRIVALENT DE TYPES A ET B (À VIRION FRAGMENTÉ)	80.3

VACCIN VIVANT ATTÉNUÉ CONTRE LA VARICELLE (OKA)	80.3
VAGIFEM 10	68.5
VALACYCLOVIR	8.17
VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE)	8.17
VALCYTE	8.17
VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE)	8.17
VALIUM	28.40
VALPROATE SODIQUE	28.18
VALPROIQUE (ACIDE)	28.19
VALSARTAN	24.30
VALSARTAN	24.30
VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE	24.30
VALSARTAN HCT	24.30, 24.31
VALTREX	8.17
VANOCOCIN	8.10
VANCOMYCINE	8.10
VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE)	8.10
VANCOMYCIN POUR INJECTION USP	8.10
VANFLYTA	10.13
VAPORISATEUR NASAL NARCAN	28.9
VAPORISATEUR NASAL TEVA-NALOXONE	28.9
VAQTA	80.3
VARÉNICLINE (TARTRATE DE)	12.1
VARILRIX	80.3
VARIVAX III	80.3
VASCEPA	24.9
VASERETIC	24.20
VASOPRESSINE	68.18
VASOPRESSINE	68.18
VASOPRESSINE INJECTION	68.18
VASOTEC	24.20
VECTIBIX	10.12
VEDOLIZUMAB	90.7
VEGZELMA	10.2
VEKLURY	8.17
VÉLAGLUCÉRASE ALFA	44.1
VELCADE	10.3
VELPHORO	40.7
VELSIPITY	56.9
VEMLIDY	8.17
VÉMURAFÉNIB	10.16
VENCLEXTA	10.16
VÉNÉTOCLAX	10.16
VENIN D'ABEILLE (APIS MELLIFERA)	80.2
VENINS D'HYMÉNOPTÈRES	80.2
VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE)	28.26
VENLAFAXINE XR	28.26
VENOFER	20.1
VENTOLIN	12.5, 12.6
VENTOLIN DISKUS	12.5
VENTOLIN HFA	12.5
VEPESID	10.6
VERAPAMIL	24.19
VERAPAMIL (CHLORHYDRATE DE)	24.19
VERICIGUAT	24.11
VERKAZIA	52.1
VERMOX	8.1
VERQUVO	24.11
VERSIVA XC ADHÉSIF (10 CM X 10 CM - 49 CM²)	94.6
VERSIVA XC ADHÉSIF (14CM X 14CM - 100 CM²)	94.5
VERSIVA XC ADHÉSIF (19 CM X 19 CM - 196 CM²)	94.5
VERSIVA XC ADHÉSIF (22 CM X 22 CM - 289 CM²)	94.6
VERSIVA XC NON ADHÉSIF (11 CM X 11 CM - 121 CM²)	94.1
VERSIVA XC NON ADHÉSIF (15 CM X 15 CM - 225 CM²)	94.2
VERSIVA XC NON ADHÉSIF (20 CM X 20 CM - 400 CM²)	94.2
VERSIVA XC NON ADHÉSIF (7,5 CM X 7,5 CM - 56 CM²)	94.2
VERSIVA XC - SACRUM (21 CM X 25 CM - 218 CM²)	94.6
VERTÉPORFINE	52.6
VERZENIO	10.1
VESANOID	10.16
VESICARE	86.1
VESPIDÉS COMBINÉS	80.2
VFEND	8.11
VICTOZA	68.12
VIDA_CAL D FORT	40.2
VIDA_CAL D RÉGULIER	40.2
VIDAZA	10.2
VIDEXTRA	88.2
VIGABATRIN	28.19
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)	12.6
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')	12.4
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)	12.4, 12.6, 12.3
VIMOVO	28.3, 28.7
VIMPAT	28.15

VINBLASTINE (SULFATE DE)	10.16
VINBLASTINE (SULFATE DE)	10.16
VINBLASTINE SULFATE INJECTION	10.16
VINCRISTINE (SULFATE DE)	10.16
VINCRISTINE (SULFATE DE)	10.16
VINOURELBINE (TARTRATE DE)	10.16
VIOKACE (10 440 USP UNITÉS DE LIPASE)	56.3
VIOKACE (20 880 USP UNITÉS DE LIPASE)	56.3
VIRAZOLE	8.17
VIREAD	8.15
VISANNE	68.18
VISCOPASTE PB7	84.9
VISIPAQUE 270	36.2
VISIPAQUE 320	36.2
VISKAZIDE 10/25	24.14
VISKEN	24.14
VISMODEGIB	10.16
VISUDYNE	52.6
VITAMIN A ACID GEL DOUX	84.6
VITAMIN D + CALCIUM	40.2
VITAMIN D3 SOFTGEL	88.3
VITAMINE B1	88.1
VITAMINE B 1	88.1
VITAMINE B12	88.1
VITAMINE B 12	88.1
VITAMINE B6	88.1
VITAMINE C	88.1
VITAMINE C	88.1
VITAMINE D	88.3
VITAMINE D	88.3
VITAMINE D 1000	88.3
VITAMINE D 1000 UI	88.3
VITAMINE D 2000 UI	88.2
VITAMINE D3	88.2
VITAMINE D3	88.2, 88.3
VITAMINE D3 1000 UI	88.3
VITAMINE D 400 IU	88.3
VITAMINE D 800 UI	88.3
VITAMINE K1	88.3
VITAMINE K 1	88.3
VITAMINES A, D ET C	88.4
VIT D 1000 GEL	88.3
VIT D 400 GEL	88.3
VITRACK	10.9
VOCABRIA	8.13
VOLIBRIS	48.3
VOLTAREN	28.2
VOLTAREN OPHTHA	52.2
VOLTAREN RAPIDE 50 MG	28.2
VOLTAREN S.R. 100 MG	28.2
VOLULYTE	40.4
VOLUVEN	40.4
VORANIGO	10.16
VORASIDENIB	10.16
VORETIGÈNE NÉPARVOVEC	26.1
VORICONAZOLE	8.11
VORICONAZOLE POUR INJECTION	8.11
VORTIOXÉTINE (BROMHYDRATE DE)	28.27
VOSEVI	8.18
VOTRIENT	10.12
VPI-AMIKACIN	8.1
VPRIV	44.1
VRAYLAR	28.28
VUMON	10.15
VUTRISIRAN	92.5
VYALEV	28.43
VYEPTI	28.41
VYLOY	10.16
VYNDAMAX	24.2
VYNDAQEL	24.2
VYVANSE	28.37, 28.38
VYVGART	90.1
VYXEOS	10.5
VYZULTA	52.4
VZIG	80.3

W

WAINUA	92.2
WARFARINE SODIQUE	20.5
WAYMADE-TRIENTINE	64.1
WELIREG	10.2
WELLBUTRIN XL	28.19
WEZLANA	90.6
WINPRED	68.2

WINREVAIR	48.4
WINREVAIR (1 OU 2 FLACONS)	48.4
WIXELA INHUB	12.6
WYOST	90.1

X

XALACOM	52.3, 52.4
XALATAN	52.4
XALKORI	10.4
XANAX	28.39
XANAX TS	28.39
XARELTO	20.4, 20.5
XATRAL	12.7
XCOPRI	28.11
XCOPRI (TROUSSE DE DÉPART)	28.11
XELJANZ	90.2
XELJANZ XR	90.2
XEOMIN	12.8
XIGDUO	68.15
XOFIGO	78.1
XOLAIR	48.4
XOSPATA	10.7
XPOVIO	10.14
XTANDI	10.6
XYDALBA	8.9
XYLAC	28.29
XYLOCAÏNE	84.6
XYLOCAÏNE (AVEC AGENT DE CONSERVATION)	72.1
XYLOCAÏNE (SANS AGENT DE CONSERVATION)	72.1
XYLOCAÏNE-EPINÉPHRINE	72.1
XYLOCAÏNE-EPINÉPHRINE (EPIDURAL)	72.1
XYLOCARD 100 MG	24.1

Y

YASMIN 21	68.3
YASMIN 28	68.3
YAZ 28	68.3
YERVOY	10.8
YESAFILI	52.5
YESCARTA	10.2
YESINTEK	90.6
YUFLYMA (SERINGUE)	90.3-90.5
YUFLYMA (STYLO)	90.3-90.5

Z

ZADITEN	4.1
ZAMINE 21	68.3
ZAMINE 28	68.3
ZANAMIVIR	8.16
ZANUBRUTINIB	10.16
ZARONTIN	28.10
ZAROXOLYN	40.11
ZAXINE	8.19
ZDS-LACOSAMIDE	28.15
ZDS-MESALAMINE	56.9
ZDS-VARENICLINE	12.1
ZEJULA	10.12
ZELBORAF	10.16
ZELDOX	28.36
ZENHALE	12.5
ZEPOSIA	92.2
ZERBAXA	8.2
ZESTORETIC	24.21
ZESTRIL	24.20, 24.21
ZEVALIN	10.7
ZEVTERA	8.2
ZIAGEN	8.12
ZIDOVUDINE	8.15
ZIEXTENZO	20.7
ZILBRYSQ	90.1
ZILUCOPLAN	90.1
ZINADERM	84.7
ZINC (OXYDE DE)	84.7, 84.9
ZINC (OXYDE DE)/ ICHTHAMMOL	94.15
ZINC (SULFATE DE)	40.7
ZINECARD	91.1, 91.4

ZIPRASIDONE	28.36
ZIRABEV	10.2
ZOCOR	24.8, 24.9
ZOFRAN	56.4, 56.5
ZOLADEX	68.7
ZOLADEX LA	68.7
ZOLBÉTUXIMAB	10.16
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	92.4
ZOLGENSMA	26.1
ZOLMITRIPTAN	28.43
ZOLMITRIPTAN	28.43
ZOLMITRIPTAN ODT	28.43
ZOLOFT	28.25
ZOMETA	92.4

ZOMIG	28.43
ZOMIG RAPIMELT	28.43
ZOVIRAX	84.1
ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE)	28.36
ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE)	28.36
ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE)	28.36
ZYBAN	28.19
ZYDELIG	10.8
ZYKADIA	10.4
ZYPREXA	28.30, 28.31
ZYPREXA ZYDIS	28.31
ZYTIGA	10.1
ZYVOXAM	8.9

ITSS

PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LE TRAITEMENT DES INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG

PRÉSENTATION

Le ministre de la Santé a mis sur pied un programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) dont il a confié l'administration à la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie).

Ce programme s'adresse autant à la personne assurée par la Régie qu'à celle assurée par un assureur privé si elle se prévaut du Programme.

Le bénéficiaire du Programme est exempté de payer toute contribution.

Admissibilité

Le Programme s'adresse à toute personne atteinte d'une ITSS ou à un partenaire d'une personne infectée, qui réside au Québec, qui est dûment inscrite au régime d'assurance maladie auprès de la Régie et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou un carnet de réclamation en vigueur émis suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie. Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

Infections et cas visés

Les infections visées par le programme sont :

- Syndromes cliniques associés aux ITSS : atteinte inflammatoire pelvienne, salpingite, cervicite, urétrite, rectite, proctite, épididymite;
- Chlamydiose;
- Gonorrhée;
- Syphilis;
- Chancre mou;
- Lymphogranulome vénérien;
- Granulome inguinal;
- Mycoplasma genitalium.

Le Programme vise :

- le traitement d'une personne atteinte d'une ITSS (cas index);
- le traitement du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une ITSS qui ont consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance (cas contact);
- le traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiose ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance (traitement accéléré des partenaires de personnes atteintes de chlamydiose ou de gonorrhée).

Ordonnance

Les médicaments sont fournis par un pharmacien ou par un établissement visé au paragraphe b) de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie à des personnes autres que celles qui sont admises ou inscrites auprès de cet établissement. L'ordonnance, verbale ou écrite, rédigée par la personne autorisée à délivrer l'ordonnance comprend, outre les renseignements habituels, un code spécifique se référant au Programme de gratuité des médicaments pour le traitement des infections transmises sexuellement et par le sang.

1K : Traitement d'une personne atteinte d'une ITSS (cas index);

1L : Traitement du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une ITSS qui ont consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance (cas contact);

1M : Traitement accéléré du ou des partenaires d'une personne atteinte d'une chlamydiose ou d'une gonorrhée qui n'ont pas consulté un professionnel autorisé à délivrer une ordonnance.

Liste des médicaments assurés

Seuls les médicaments paraissant à la fin de la présente annexe peuvent être remboursés dans le cadre de ce programme.

Prix payable

Le prix d'un médicament est le prix vendu par un fabricant ou un grossiste reconnu établi conformément à la méthode apparaissant à la *Liste des médicaments*.

Traitement des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Les professionnels de la santé désireux de connaître les plus récentes lignes directrices concernant le diagnostic, le traitement et la prévention des ITSS sont invités à consulter les documents suivants :

- Guides d'usage optimal sur le traitement pharmacologique des ITSS, produits par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), disponibles à la section *Publications* du site de l'INESSS, au www.inesss.qc.ca;
- *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, par l'Agence de la santé publique du Canada, accessibles au www.santepublique.gc.ca/its.

Annexe : ITSS

8:00

anti-infectieux

8:12

antibactériens

8:12.02

aminosides

8:12.06

céphalosporines

8:12.07

bêta-lactamines diverses

8:12.12

macrolides

8:12.16

pénicillines

8:12.18

quinolones

8:12.20

sulfamides

8:12.24

tétracyclines

8:30

antiprotozoaires

8:30.92

antiprotozoaires, divers

8:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.02 AMINOSIDES

GENTAMICINE (SULFATE DE) 	Sol. Inj.	40 mg/mL	<i>Gentamicine Injection</i>	Sandoz	02242652

8:12.06 CÉPHALOSPORINES

CEFIXIME 	Co.	400 mg	<i>Auro-Cefixime Suprax</i>	AuroPharma Odan	02432773 00868981

Susp. Orale	100 mg/5 mL	<i>Auro-Cefixime Suprax</i>	AuroPharma Odan	02468689 00868965

CÉFOTAXIME SODIQUE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	02434091

Pd. Inj.	2 g	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	02434105

CEFTRIAXONE SODIQUE 	Pd. Inj.	1 g	<i>Ceftriaxone Ceftriaxone pour injection Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Sterimax Sandoz Novopharm	02325616 02292270 02287633

Pd. Inj.	2 g	<i>Ceftriaxone Ceftriaxone pour injection</i>	Sterimax Sandoz	02325624 02292289

Pd. Inj.	10 g	<i>Ceftriaxone Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Sterimax Sandoz	02325632 02292297

Pd. Inj.	250 mg	<i>Ceftriaxone sodique pour injection BP</i>	Sterimax	02325594

CÉFUROXIME AXETIL 	Co.	250 mg	<i>Apo-Cefuroxime Auro-Cefuroxime JAMP Cefuroxime</i>	Apotex AuroPharma Jamp	02244393 02344823 02547198

Co.	500 mg	<i>Apo-Cefuroxime Auro-Cefuroxime JAMP Cefuroxime</i>	Apotex AuroPharma Jamp	02244394 02344831 02547201

Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Ceftin</i>	Sandoz	02212307

8:12.07 BÊTA-LACTAMINES DIVERSES

CÉFOXITINE SODIQUE 	Pd. Inj.	2 g	<i>Cefoxitine</i>	Teva Can	02128195

8:12.12 MACROLIDES

AZITHROMYCINE 	Co.	250 mg	<i>AG-Azithromycin Apo-Azithromycin Z Azithromycin Azithromycin DAC Azithromycin Jamp-Azithromycin Mar-Azithromycin M-Azithromycin Novo-Azithromycin NRA-Azithromycin pms-Azithromycin Pro-Azithromycine Riva-Azithromycin Sandoz Azithromycin</i>	Angita Apotex Sanis Sivem Dac Pharma Jamp Marcan Mantra Ph. Novopharm Nora Phmscience Pro Doc Riva Sandoz	02480700 02415542 02330881 02442434 02545969 02452308 02452324 02502038 02267845 02479680 02261634 02310600 02275309 02265826

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.12 MACROLIDES (suite)

	Pd. Perf. I.V.	500 mg	<i>Azithromycine pour injection</i>	AuroPharma	02465604
			<i>Azithromycine pour injection</i>	Jamp	02523825
			<i>Azithromycine pour injection</i>	Sterimax	02483890
	Susp. Orale	100 mg/5 mL	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	02482363
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02332388
	Susp. Orale	200 mg/5 mL	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	02482371
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02332396
CLARITHROMYCINE 	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	02146908
			<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	02390442
	Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	02244641
			<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	02390450

8:12.16 PÉNICILLINES

AMOXICILLINE 	Caps.	250 mg	<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	02525348
			<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628115
			<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02388073
			<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02433060
			<i>Novamoxin</i>	Teva Can	00406724
			<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	02532042
	Caps.	500 mg	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	02477726
			<i>Amoxicillin</i>	Sivem	02401509
			<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	02525356
			<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628123
			<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02388081
			<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02433079
			<i>Novamoxin</i>	Teva Can	00406716
			<i>Pro-Amox-500</i>	Pro Doc	00644315
			<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	02532050
	Co. Croq.	250 mg	<i>Teva-Amoxicillin</i>	Teva Can	02036355
	Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628131
			<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02458586
			<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02535793
	Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	02537451
			<i>Amoxicillin</i>	Sanis	02352753
			<i>Amoxicillin</i>	Sanis	02352788
			<i>Amoxicillin</i>	Sivem	02401541
			<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628158
			<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02458594
			<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02535815
			<i>Novamoxin</i>	Teva Can	01934163
			<i>Novamoxin 250</i>	Teva Can	00452130
			<i>Pro-Amox-250</i>	Pro Doc	00644331
			<i>Sandoz Amoxicillin</i>	Sandoz	02495864
PÉNICILLINE G (BENZATHINE) 	Susp. Inj. I.M.	1 200 000 UI / 2 mL	<i>Bicillin L-A</i>	Pfizer	02291924
PÉNICILLINE G SODIQUE 	Pd. Inj.	10 000 000 U	<i>Pénicilline G</i>	Novopharm	01930680

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.18 QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.	250 mg	ACT Ciprofloxacine	Teva Can	02247339
		Auro-Ciprofloxacine	AuroPharma	02381907
		Ciprofloxacine	Sanis	02353318
		Ciprofloxacine	Sivem	02386119
		Jamp-Ciprofloxacine	Jamp	02380358
		Mar-Ciprofloxacine	Marcan	02379686
		pms-Ciprofloxacine	Phmscience	02248437
		Pro-Ciprofloxacine	Pro Doc	02317796
		Sandoz Ciprofloxacine	Sandoz	02248756
		Taro-Ciprofloxacine	Sun Pharma	02303728
Co.	500 mg	ACT Ciprofloxacine	Teva Can	02247340
		AG-Ciprofloxacine	Angita	02476592
		Auro-Ciprofloxacine	AuroPharma	02381923
		Bio-Ciprofloxacine	Biomed	02444887
		Ciprofloxacine	Sanis	02353326
		Ciprofloxacine	Sivem	02386127
		DAC Ciprofloxacine	Dac Pharma	02547147
		Jamp-Ciprofloxacine	Jamp	02380366
		Mar-Ciprofloxacine	Marcan	02379694
		Mint-Ciprofloxacine	Mint	02423561
		NRA-Ciprofloxacine	Nora	02492008
		pms-Ciprofloxacine	Phmscience	02248438
		Pro-Ciprofloxacine	Pro Doc	02317818
		Riva-Ciprofloxacine	Riva	02251248
		Sandoz Ciprofloxacine	Sandoz	02248757
		Taro-Ciprofloxacine	Sun Pharma	02303736
Co.	750 mg	ACT Ciprofloxacine	Teva Can	02247341
		Jamp-Ciprofloxacine	Jamp	02380374
		Mar-Ciprofloxacine	Marcan	02379708
		pms-Ciprofloxacine	Phmscience	02248439
		Sandoz Ciprofloxacine	Sandoz	02248758
Susp. Orale	500 mg/5 mL	Cipro	Bayer	02237514

LÉVOFLOXACINE

Co.	250 mg	ACT Levofloxacine	Teva Can	02315424
		Apo-Levofloxacine	Apotex	02284707
		JAMP Levofloxacine	Jamp	02508443
		Mint-Levofloxacine	Mint	02505797
		Riva-Levofloxacine	Riva	02492725
		Sandoz Levofloxacine	Sandoz	02298635
Co.	500 mg	ACT Levofloxacine	Teva Can	02315432
		Apo-Levofloxacine	Apotex	02284715
		JAMP Levofloxacine	Jamp	02508451
		Levofloxacine	Pro Doc	02415879
		Mint-Levofloxacine	Mint	02505819
		Riva-Levofloxacine	Riva	02492733
Co.	750 mg	Sandoz Levofloxacine	Sandoz	02298643
		ACT Levofloxacine	Teva Can	02315440
		Apo-Levofloxacine	Apotex	02325942
		JAMP Levofloxacine	Jamp	02508478
		Mint-Levofloxacine	Mint	02505800
Co.	750 mg	Riva-Levofloxacine	Riva	02492741
		Sandoz Levofloxacine	Sandoz	02298651

MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.	400 mg	AG-Moxifloxacine	Angita	02478137
		Apo-Moxifloxacine	Apotex	02404923
		Auro-Moxifloxacine	AuroPharma	02432242
		Jamp-Moxifloxacine	Jamp	02443929
		Jamp-Moxifloxacine Tablets	Jamp	02447061
		Mar-Moxifloxacine	Marcan	02447053
		M-Moxifloxacine	Mantra Ph.	02472791
		Moxifloxacine	Pro Doc	02462974
		Moxifloxacine	Sanis	02520710
		Sandoz Moxifloxacine	Sandoz	02383381
		Teva-Moxifloxacine	Teva Can	02375702

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.18 QUINOLONES (suite)

NORFLOXACINE 	Co.	400 mg	Norfloxx	AA Pharma	02229524

8:12.20 SULFAMIDES

TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOXAZOLE 	Co.	20 mg -100 mg	Sulfatrim-PED	AA Pharma	00445266
	Co.	80 mg -400 mg	Sulfatrim	AA Pharma	00445274
	Co.	160 mg -800 mg	Sulfatrim-DS	AA Pharma	00445282
	Susp. Orale	40 mg -200 mg/5 mL	Teva-Sulfamethoxazole	Teva Can	00726540

8:12.24 TÉTRACYCLINES

DOXYCYCLINE (HYCLATE DE) 	Caps.	100 mg	Apo-Doxy Doxycycline (Caps.) Jamp Doxycycline Capsules Teva-Doxycycline	Apotex Sanis Jamp Teva Can	00740713 02351234 02528940 00725250
	Co.	100 mg	AG-Doxycycline Apo-Doxy-Tabs Doxycin (co.) Doxycycline (Co.) Doxytabs JAMP Doxycycline Tablets M-Doxycycline NRA-Doxycycline PRZ-Doxycycline Teva-Doxycycline (Co.)	Angita Apotex Riva Sanis Pro Doc Jamp Mantra Ph. Nora Pharmaris Teva Can	02556928 00874256 00860751 02351242 00887064 02554372 02543478 02558505 02536250 02158574
TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE) 	Caps.	250 mg	Tetracycline	AA Pharma	00580929

8:30.92 ANTIPROTOZAIRES, DIVERS

MÉTRONIDAZOLE 	Co.	250 mg	Apo-Metronidazole Tablets Mint-Metronidazole	Apotex Mint	00545066 02535807
	Sol. Perf. I.V.	5 mg/mL	Métronidazole	Pfizer	00649074

TUBERCULOSE

PROGRAMME DE GRATUITÉ DES MÉDICAMENTS POUR LA CHIMIOPROPHYLAXIE ET LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

PRÉSENTATION

Le ministre de la Santé a mis sur pied un programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose dont il a confié l'administration à la Régie de l'assurance maladie (Régie) du Québec.

Ce programme s'adresse autant à la personne couverte par la Régie que celle couverte par un assureur privé si elle se prévaut du programme.

Le bénéficiaire du programme est exempté de payer toute contribution.

Admissibilité

Le programme s'adresse à toute personne atteinte de tuberculose ou soumise à un traitement chimioprophylactique de la tuberculose qui réside au Québec, qui est dûment inscrite au régime d'assurance maladie auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec et qui présente sa carte d'assurance maladie valide ou un carnet de réclamation en vigueur délivré suivant l'article 70 ou 71 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29). Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

Maladies et cas visés

- Tuberculose;
- Cas contact de la tuberculose soumis à un traitement chimioprophylactique.

Médicaments assurés

Les médicaments sont fournis par un pharmacien ou par un établissement visé au paragraphe b) de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie (RLRQ, chapitre P-10) à des personnes autres que celles qui sont admises ou inscrites auprès de cet établissement, sur ordonnance verbale ou écrite du médecin traitant ou d'un résident en médecine qui comprend, outre les renseignements habituels, un code spécifique référant au programme de gratuité des médicaments pour la chimioprophylaxie et le traitement de la tuberculose.

2K : Programme de traitement des personnes atteintes de tuberculose;

2L : Programme de traitement des cas contacts de personnes atteintes de tuberculose;

2R(*) : Programme de traitement des personnes atteintes de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance;

2S(*) : Programme de traitement des cas contacts de personnes atteintes de tuberculose causée par une souche présentant une multirésistance ou une ultrarésistance.

Seuls les médicaments paraissant à l'Annexe : Tuberculose peuvent être remboursés dans le cadre de ce programme.

* Parmi ces médicaments, certains sont prescrits pour le traitement ou la chimioprophylaxie de la tuberculose dont la souche présente une multirésistance ou une ultrarésistance. Ils ne peuvent être remboursés que lorsque le code spécifique inscrit sur l'ordonnance et référant au programme de gratuité des médicaments est 2R ou 2S. Ces médicaments sont :

- imipénem/ cilastatine sodique
- meropenem
- azithromycine
- clarithromycine
- amoxicilline/ clavulanate de potassium
- linezolide
- amoxicilline

Prix payable

Le prix d'un médicament est le prix vendu par un fabricant ou un grossiste reconnu établi conformément à la méthode paraissant à la *Liste des médicaments*.

Annexe : Tuberculose

8:00

anti-infectieux

8:12

antibactériens

8:12.02

aminosides

8:12.07

bêta-lactamines diverses

8:12.12

macrolides

8:12.16

pénicillines

8:12.18

quinolones

8:12.28

antibactériens, divers

8:16

antimycobactériens

8:16.04

antituberculeux

8:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.02 AMINOSIDES

AMIKACINE (SULFATE D') 	Sol. Inj.	250 mg/mL (2 mL)	<i>Amikacin Sulfate Injection</i>	Marcan	02481073
			<i>Amikacine (Sulfate d')</i>	Sandoz	02242971
			<i>Sulfate d'Amikacine Injection</i>	Hikma	02525909
			<i>Sulfate d'Amikacine Injection</i>	Oméga	02486717
			<i>Sulfate d'amikacine pour injection</i>	Jamp	02529459
			<i>VPI-Amikacin</i>	VPI	02506599

8:12.07 BÊTA-LACTAMINES DIVERSES

IMIPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE 	Pd. Inj. I.V.	500 mg -500 mg	<i>Taro-Imipenem-Cilastatin</i>	Sun Pharma	02351706
MEROPENEM 	Pd. Inj.	1 g	<i>Meropenem</i>	Sandoz	02378795
			<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	02462893
			<i>Meropenem pour Injection</i>	Sterimax	02493349
			<i>Méropénem pour injection</i>	Jamp	02536374
			<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	02415224
			<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	02421526
	Pd. Inj.	500 mg	<i>Meropenem</i>	Sandoz	02378787
			<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	02462885
			<i>Méropénem pour injection</i>	Sterimax	02493330
			<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	02415216
			<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	02421518

8:12.12 MACROLIDES

AZITHROMYCINE 	Co.	250 mg	<i>AG-Azithromycin</i>	Angita	02480700
			<i>Apo-Azithromycin Z</i>	Apotex	02415542
			<i>Azithromycin</i>	Sanis	02330881
			<i>Azithromycin</i>	Sivem	02442434
			<i>DAC Azithromycin</i>	Dac Pharma	02545969
			<i>Jamp-Azithromycin</i>	Jamp	02452308
			<i>Mar-Azithromycin</i>	Marcan	02452324
			<i>M-Azithromycin</i>	Mantra Ph.	02502038
			<i>Novo-Azithromycin</i>	Novopharm	02267845
			<i>NRA-Azithromycin</i>	Nora	02479680
			<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	02261634
			<i>Pro-Azithromycine</i>	Pro Doc	02310600
			<i>Riva-Azithromycin</i>	Riva	02275309
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02265826
	Co.	600 mg	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	02261642
	Pd. Perf. I.V.	500 mg	<i>Azithromycine pour injection</i>	AuroPharma	02465604
			<i>Azithromycine pour injection</i>	Jamp	02523825
			<i>Azithromycine pour injection</i>	Sterimax	02483890
	Susp. Orale	100 mg/5 mL	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	02482363
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02332388
	Susp. Orale	200 mg/5 mL	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	02482371
			<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	02332396
CLARITHROMYCINE 	Co.	250 mg	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	02274744
			<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	01984853
			<i>Clarithromycin</i>	Pro Doc	02324482
			<i>Clarithromycin</i>	Sanis	02466120
			<i>Clarithromycin</i>	Sivem	02442469
			<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	02471388
			<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	02266539
			<i>Taro-Clarithromycin</i>	Sun Pharma	02361426

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.12 MACROLIDES (suite)

Co.	500 mg	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	02274752
		<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	02126710
		<i>Clarithromycin</i>	Pro Doc	02324490
		<i>Clarithromycin</i>	Sanis	02466139
		<i>Clarithromycin</i>	Sivem	02442485
		<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	02471396
		<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	02266547
Co. L.A.	500 mg	<i>ACT Clarithromycin XL</i>	Teva Can	02403196
		<i>Apo-Clarithromycin XL</i>	Apotex	02413345
Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	02146908
		<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	02390442
Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	02244641
		<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	02390450

8:12.16 PÉNICILLINES

AMOXICILLINE

Caps.	250 mg	<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	02525348
		<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628115
		<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02388073
		<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02433060
		<i>Novamoxin</i>	Teva Can	00406724
		<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	02532042
Caps.	500 mg	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	02477726
		<i>Amoxicillin</i>	Sivem	02401509
		<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	02525356
		<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628123
		<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02388081
		<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02433079
		<i>Novamoxin</i>	Teva Can	00406716
		<i>Pro-Amox-500</i>	Pro Doc	00644315
		<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	02532050
Co. Croq.	250 mg	<i>Teva-Amoxicillin</i>	Teva Can	02036355
Susp. Orale	125 mg/5 mL	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628131
		<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02458586
		<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02535793
Susp. Orale	250 mg/5 mL	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	02537451
		<i>Amoxicillin</i>	Sanis	02352753
		<i>Amoxicillin</i>	Sanis	02352788
		<i>Amoxicillin</i>	Sivem	02401541
		<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	00628158
		<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	02458594
		<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	02535815
		<i>Novamoxin</i>	Teva Can	01934163
		<i>Novamoxin 250</i>	Teva Can	00452130
		<i>Pro-Amox-250</i>	Pro Doc	00644331
		<i>Sandoz Amoxicillin</i>	Sandoz	02495864

AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM

Co.	250 mg -125 mg	<i>Apo-Amoxi Clav</i>	Apotex	02243350
		<i>Auro-Amoxiclav</i>	AuroPharma	02471671
		<i>Jamp Amoxi Clav</i>	Jamp	02508249
Co.	500 mg -125 mg	<i>AG-Amoxi Clav</i>	Angita	02510634
		<i>Amoxicillin/Clav</i>	Sanis	02536021
		<i>Apo-Amoxi Clav</i>	Apotex	02243351
		<i>Auro-Amoxiclav</i>	AuroPharma	02471698
		<i>Jamp Amoxi Clav</i>	Jamp	02508257
		<i>Pro-Amoxi Clav</i>	Pro Doc	02536498
		<i>Sandoz Amoxi-Clav</i>	Sandoz	02482576

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.16 PÉNICILLINES (suite)

Co.	875 mg -125 mg	AG-Amoxi Clav Amoxicillin/Clav Apo-Amoxi Clav Auro-Amoxiclav Jamp Amoxi Clav Pro-Amoxi Clav Sandoz Amoxi-Clav	Angita Sanis Apotex AuroPharma Jamp Pro Doc Sandoz	02510642 02536048 02245623 02471701 02508265 02536501 02482584
Susp. Orale	125 mg -31,25 mg/5 mL	Clavulin-125 F	GSK	01916882
Susp. Orale	200 mg -28,5 mg/5 mL	Clavulin-200 JAMP Amoxi Clav Suspension	GSK Jamp	02238831 02539411
Susp. Orale	250 mg -62,5 mg/5 mL	Clavulin-250 F JAMP Amoxi Clav Suspension M-Amoxi Clav	GSK Jamp Mantra Ph.	01916874 02539438 02542226
Susp. Orale	400 mg -57 mg/5 mL	Clavulin-400 JAMP Amoxi Clav Suspension M-Amoxi Clav	GSK Jamp Mantra Ph.	02238830 02539446 02530694

8:12.18 QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.	250 mg	ACT Ciprofloxacin Auro-Ciprofloxacin Ciprofloxacin Ciprofloxacin Jamp-Ciprofloxacin Mar-Ciprofloxacin pms-Ciprofloxacin Pro-Ciprofloxacin Sandoz Ciprofloxacin Taro-Ciproflox	Teva Can AuroPharma Sanis Sivem Jamp Marcan Phmscience Pro Doc Sandoz Sun Pharma	02247339 02381907 02353318 02386119 02380358 02379686 02248437 02317796 02248756 02303728
Co.	500 mg	ACT Ciprofloxacin AG-Ciprofloxacin Auro-Ciprofloxacin Bio-Ciprofloxacin Ciprofloxacin Ciprofloxacin DAC Ciprofloxacin Jamp-Ciprofloxacin Mar-Ciprofloxacin Mint-Ciproflox NRA-Ciprofloxacin pms-Ciprofloxacin Pro-Ciprofloxacin Riva-Ciprofloxacin Sandoz Ciprofloxacin Taro-Ciproflox	Teva Can Angita AuroPharma Biomed Sanis Sivem Dac Pharma Jamp Marcan Mint Nora Phmscience Pro Doc Riva Sandoz Sun Pharma	02247340 02476592 02381923 02444887 02353326 02386127 02547147 02380366 02379694 02423561 02492008 02248438 02317818 02251248 02248757 02303736
Co.	750 mg	ACT Ciprofloxacin Jamp-Ciprofloxacin Mar-Ciprofloxacin pms-Ciprofloxacin Sandoz Ciprofloxacin Taro-Ciproflox	Teva Can Jamp Marcan Phmscience Sandoz Sun Pharma	02247341 02380374 02379708 02248439 02248758 02303744
Susp. Orale	500 mg/5 mL	Cipro	Bayer	02237514

LÉVOFLOXACINE

Co.	250 mg	ACT Levofloxacin Apo-Levofloxacin JAMP Levofloxacin Mint-Levofloxacin Riva-Levofloxacin Sandoz Levofloxacin	Teva Can Apotex Jamp Mint Riva Sandoz	02315424 02284707 02508443 02505797 02492725 02298635

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

8:12.18 QUINOLONES (suite)

	Co.	500 mg	ACT Levofloxacin	Teva Can	02315432
			Apo-Levofloxacin	Apotex	02284715
			JAMP Levofloxacin	Jamp	02508451
			Levofloxacin	Pro Doc	02415879
			Mint-Levofloxacin	Mint	02505819
			Riva-Levofloxacin	Riva	02492733
			Sandoz Levofloxacin	Sandoz	02298643
	Co.	750 mg	ACT Levofloxacin	Teva Can	02315440
			Apo-Levofloxacin	Apotex	02325942
			JAMP Levofloxacin	Jamp	02508478
			Mint-Levofloxacin	Mint	02505800
			Riva-Levofloxacin	Riva	02492741
			Sandoz Levofloxacin	Sandoz	02298651
MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	400 mg	AG-Moxifloxacin	Angita	02478137
			Apo-Moxifloxacin	Apotex	02404923
			Auro-Moxifloxacin	AuroPharma	02432242
			Jamp-Moxifloxacin	Jamp	02443929
			Jamp-Moxifloxacin Tab-lets	Jamp	02447061
			Mar-Moxifloxacin	Marcan	02447053
			M-Moxifloxacin	Mantra Ph.	02472791
			Moxifloxacin	Pro Doc	02462974
			Moxifloxacin	Sanis	02520710
			Sandoz Moxifloxacin	Sandoz	02383381
			Teva-Moxifloxacin	Teva Can	02375702

8:12.28 ANTIBACTÉRIENS, DIVERS

LINEZOLIDE	Co.	600 mg	Apo-Linezolid	Apotex	02426552
			Jamp Linezolid	Jamp	02520354
			Sandoz Linezolid	Sandoz	02422689
	Sol. Perf. I.V.	2 mg/mL (300 mL)	Linezolid Injection	Jamp	02481278
			Zyvoxam	Pfizer	02243685

8:16.04 ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')	Co.	100 mg	Etibi	Bausch H.	00247960
	Co.	400 mg	Etibi	Bausch H.	00247979
ISONIAZIDE	Co.	100 mg	pdp-Isoniazid	Pendopharm	00577790
	Co.	300 mg	pdp-Isoniazid	Pendopharm	00577804
	Sir.	50 mg/5 mL	pdp-Isoniazid	Pendopharm	00577812
PYRAZINAMIDE	Co.	500 mg	PDP-Pyrazinamide	Pendopharm	00618810
RIFABUTINE	Caps.	150 mg	Mycobutin	Pfizer	02063786
RIFAMPINE	Caps.	150 mg	Rofact 150	Bausch H.	00393444
	Caps.	300 mg	Rofact 300	Bausch H.	00343617

88:00
vitamines

88:08 complexe de vitamine b

88:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

88:08 COMPLEXE DE VITAMINE B

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)	Co.	25 mg	<i>Jamp Vitamine B6</i> <i>M-B6 25 mg</i> <i>Opus Vitamine B6</i>	Jamp Mantra Ph. Opus	80002890 80056458 80049803

produits pour médicament magistral

:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL

PYRIDOXINE	Sol. inj.	100 mg/mL		99101339

fournitures

:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

FOURNITURES

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. de rinçage

0,9 %

Chlorure de Sodium

MedXL

99100894

BD Saline SP NaCl 0.9 %

B-D

99100499

Chlorure de Sodium

MedXL

99100894

BD Saline SP NaCl 0.9 %

B-D

99100499

Chlorure de Sodium

MedXL

99100894

BD Saline SP NaCl 0.9 %

B-D

99100499

PILULE ABORTIVE

PROGRAMME DE GRATUITÉ EN PHARMACIE À L'INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE MÉDICAMENTEUSE (PILULE ABORTIVE)

PRÉSENTATION

Le ministre de la Santé a confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) l'administration d'un programme d'accès universel gratuit en pharmacie à l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (pilule abortive).

Ce programme a été mis sur pied afin de rendre accessibles aux femmes les médicaments nécessaires pour une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

Admissibilité

Le programme s'adresse à toute personne qui est dûment inscrite à la Régie et qui détient une ordonnance d'un médecin ou d'un résident en médecine en vue de l'interruption médicamenteuse d'une grossesse intra-utérine. Elle doit présenter une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

Une personne âgée d'au moins quatorze (14) ans, mais de moins de dix-huit (18) ans qui consent seule aux services assurés par le programme, conformément aux dispositions du Code civil, peut bénéficier du programme même si elle ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide.

Toute personne de dix-huit (18) et plus qui ne présente pas sa carte d'assurance maladie ou son carnet de réclamation valide doit payer la prestation; par la suite, elle peut demander le remboursement à la Régie sur le formulaire prévu à cette fin.

Conditions d'administration du programme

Les médicaments compris dans ce programme doivent être fournis par un pharmacien.

La demande de remboursement des médicaments visés par le programme doit être transmise à la Régie avec le code de programme 09.

Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

Médicaments assurés

Seuls les médicaments couverts apparaissant à l'annexe : Pilule abortive peuvent être remboursés dans le cadre de ce programme.

Le dimenhydrinate est couvert afin de contrôler les nausées associées au mifépristone/misoprostol. Il est couvert pour une période maximale de 15 jours à partir de la première demande de paiement avec le code de programme 09.

Prix payable

Les prix des produits de mifépristone/misoprostol apparaissent à l'annexe Pilule abortive.

Le montant remboursable au pharmacien par format du dimenhydrinate est basé sur le prix d'acquisition du médicament par le pharmacien. Le prix d'acquisition inclut une marge bénéficiaire du grossiste maximale de 6.5 %, le cas échéant et ne peut excéder le prix maximal remboursable auquel s'ajoute la marge du grossiste, le cas échéant. Aucun excédent ne peut être réclaté à la personne même si le prix d'acquisition excède le prix maximal remboursable de chaque médicament tel qu'il apparaît dans l'annexe Pilule abortive.

Annexe : Pilule abortive

56:00

médicaments gastro-intestinaux

56:22

antiémétiques

56:22.08

antihistaminiques

56:28

agents antiulcéreux et antiacides

56:28.28

prostaglandines

56:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

56:22.08 ANTIHISTAMINIQUES

DIMENHYDRINATE

Co.	50 mg			99101423
Co. L.A.	100 mg			99101422
Liq.	15 mg/5 mL			99101420
Supp.	50 mg			99101419
Supp.	100 mg			99101418

56:28.28 PROSTAGLANDINES

MIFÉPRISTONE/MISOPROSTOL

Trousse (orale solide)	200 mg -200 mcg	<i>Femyso</i> <i>Mifegymiso</i>	Lupin Linepharma	02560569 02444038

76:00
ocytociques

76:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

76:00 OCYTOCIQUES

MIFÉPRISTONE/MISOPROSTOL

Trousse (orale
solide)

200 mg -200 mcg

Femyso
Mifegymiso

Lupin
Linepharma

02560569
02444038

NALOXONE

PROGRAMME DE GRATUITÉ DU MÉDICAMENT NALOXONE ET DE CERTAINES FOURNITURES

PRÉSENTATION

Le ministre de la Santé a confié à la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) l'administration d'un programme d'accès gratuit en pharmacie au médicament naloxone et à certaines fournitures.

Ce programme a été mis sur pied afin de faciliter l'accès à la naloxone dans le but d'intervenir rapidement chez une personne victime d'une surdose d'opioïdes.

Admissibilité

Toute personne de 14 ans ou plus désirant bénéficier du programme doit résider au Québec, ou y séjourner, et être dûment inscrite à la Régie. Elle doit présenter au pharmacien une carte d'assurance maladie, un carnet de réclamation ou une preuve temporaire d'admissibilité aux médicaments valide.

Toutefois, les personnes ne pouvant présenter un de ces trois éléments d'identification pourront également bénéficier du programme de gratuité, si elles répondent à une des circonstances ou à un des cas suivants :

- a) si la personne au moment où elle a reçu des services assurés est dans un état requérant des soins urgents;
- b) si la personne est un mineur de 14 ans ou plus et qu'elle reçoit des services assurés auxquels elle consent seule conformément aux dispositions du Code civil;
- c) si la personne est un sans-abri;
- d) si la personne est un citoyen d'une autre province canadienne ou d'un territoire et qu'elle présente une pièce d'identité dont un passeport;
- e) si la personne est un ressortissant étranger et qu'elle présente une pièce d'identité dont un passeport;
- f) si la personne est un touriste, un visiteur ou est de passage au Québec pour se rendre dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays et qu'elle présente une pièce d'identité dont un passeport.

Conditions d'administration du programme

Le médicament naloxone et les fournitures nécessaires à son administration sont fournis par un pharmacien.

Aucune ordonnance n'est requise pour l'obtention de la naloxone et des fournitures nécessaires à son administration puisque la naloxone fait partie des médicaments en vente libre, sous contrôle pharmaceutique.

La demande de remboursement de la naloxone et des fournitures assurés peut être transmise à la Régie sous deux formes :

8K : Médicament et fourniture facturés au nom de la personne utilisatrice d'opioïdes;

ou

8L : Médicament et fourniture facturés au nom d'une tierce personne pouvant intervenir auprès d'une personne utilisatrice d'opioïdes.

Tout service obtenu à l'extérieur du Québec n'est pas couvert par le présent programme. Fait exception à ce principe, celui fourni par un pharmacien avec qui la Régie a conclu une entente particulière à cette fin, lorsque la pharmacie est située dans une région limitrophe au Québec et que, dans un rayon de 32 kilomètres de cette pharmacie, aucune pharmacie au Québec ne dessert la population.

Liste des médicaments et fournitures assurés

Seuls les médicaments et fournitures apparaissant à l'annexe : **Naloxone** peuvent être remboursés dans le cadre de ce programme.

Prix payable

Le prix d'un médicament dont la Régie de l'assurance maladie du Québec assume le paiement est le prix vendu par un fabricant ou un grossiste reconnu établi conformément à la méthode apparaissant à la *Liste des médicaments*.

Annexe : Naloxone

28:00

agents du système nerveux central

28:10

antagonistes des opioïdes

28:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

28:10 ANTAGONISTES DES OPIOÏDES

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR TIERCE PERSONNE)	Sol. Inj.	0,4 mg/mL	<i>Chlorhydrate de naloxone Injectable</i>	Oméga	99101411
			<i>S.O.S Naloxone Hydro- chloride Injection</i>	Sandoz	99101410
	Sol. Inj. (ser)	0,4 mg/mL (1 mL)	<i>Chlorhydrate de naloxone injectable USP</i>	Sterinova	99114401
	Vap. nasal	4 mg/0,1 mL	<i>Vaporisateur nasal Nar- can</i>	Emergent	99101434
			<i>Vaporisateur Nasal Teva- Naloxone</i>	Teva Can	99114400
NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)	Sol. inj.	0,4 mg/mL	<i>Chlorhydrate de naloxone Injectable</i>	Oméga	02455935
			<i>S.O.S Naloxone Hydro- chloride Injection</i>	Sandoz	02453258
	Sol. Inj. (ser)	0,4 mg/mL (1 mL)	<i>Chlorhydrate de naloxone injectable USP</i>	Sterinova	02548194
	Vap. nasal	4 mg/0,1 mL	<i>Vaporisateur nasal Nar- can</i>	Emergent	02458187
			<i>Vaporisateur Nasal Teva- Naloxone</i>	Teva Can	02511568
TROUSSE PRÉASSEMBLÉE CONTENANT DEUX FORMATS DE CHLORHYDRATE DE NALOXONE INJECTABLE (POUR TIERCE PERSONNE)	Trousse				99101444
TROUSSE PRÉASSEMBLÉE CONTENANT DEUX FORMATS DE CHLORHYDRATE DE NALOXONE INJECTABLE (POUR UTILISATEUR)	Trousse				99101443

fournitures

:00

FORME	TENEUR	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	CODE

FOURNITURES

FOURNITURES NÉCESSAIRES À
L'ADMINISTRATION DE LA NALOXONE

*Ensemble de 4 tampons
alcoolisés+2 gants*

99101406

MASQUE BARRIÈRE À UTILISATION UNIQUE

99101446

NOTE

PRIX MAXIMAL REMBOURSABLE: 5,00.
AUCUN EXCÉDENT NE PEUT ÊTRE RÉCLAMÉ
À LA PATIENTE, MÊME SI LE PRIX
D'ACQUISITION EXCÈDE CE PRIX MAXIMAL
REMBOURSABLE ÉTABLI AUX FINS DU
PROGRAMME.

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE
RÉTRACTABLE

3 cc

99101335

NOTE

LES SERINGUES ET AIGUILLES
RÉTRACTABLES SONT REMBOURSABLES
UNIQUEMENT LORSQUE FACTURÉES POUR
L'ADMINISTRATION DU NALOXONE
(CHLORHYDRATE DE).

TROUSSE PRÉASSEMBLÉE DANS LAQUELLE
DOIVENT ÊTRE AJOUTÉS DEUX
VAPORISATEURS NASAUX DE
CHLORHYDRATE DE NALOXONE

Trousse

99101461

NOTE

PRIX MAXIMAL REMBOURSABLE: 17,00.
AUCUN EXCÉDENT NE PEUT ÊTRE RÉCLAMÉ
À LA PATIENTE, MÊME SI LE PRIX
D'ACQUISITION EXCÈDE CE PRIX MAXIMAL
REMBOURSABLE ÉTABLI AUX FINS DU
PROGRAMME

NOTE

PRIX MAXIMAL REMBOURSABLE: 17,00.
AUCUN EXCÉDENT NE PEUT ÊTRE RÉCLAMÉ
À LA PATIENTE, MÊME SI LE PRIX
D'ACQUISITION EXCÈDE CE PRIX MAXIMAL
REMBOURSABLE ÉTABLI AUX FINS DU
PROGRAMME

