



CODES DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISSN 1913-2808

ISBN 978-2-555-04124-0

Québec, le 25 juin 2026

Codification et indications reconnues pour le paiement

Introduction.....	1
AI-Anti - infectieux - Usage systémique ou topique.....	3
CV-Système cardiovasculaire.....	11
DE-Dermatologie.....	19
EN-Endocrinologie.....	41
GI-Système gastro-intestinal.....	53
GU-Système génito-urinaire.....	61
GY-Gynécologie.....	67
MS-Système musculo-squelettique.....	75
OP-Ophtalmologie.....	81
RE-Système respiratoire.....	89
SN-Système nerveux autonome ou central.....	99
VA-Varia.....	123

[Index alphabétique](#)

INTRODUCTION

Comme prescripteur, vous pouvez obtenir le remboursement de certains médicaments d'exception sans délai en inscrivant sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Toutefois, nous autorisons le paiement du médicament d'exception codifié uniquement lorsque l'indication de paiement correspond à l'état de santé du patient.

Vous êtes responsable de l'exactitude du code choisi et de son utilisation.

La codification s'adresse uniquement aux personnes admissibles et inscrites au régime public d'assurance médicaments. Ainsi, les assureurs privés ne sont pas tenus de la considérer.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Processus continu de codification

Nous avons mis en place un processus continu de codification en raison de ses bénéfices importants pour vous et pour la personne assurée. Ce processus permet la sélection des médicaments d'exception à codifier.

Deux fois par an, nous analysons tous les médicaments d'exception non codifiés pour vérifier le niveau de risque associé à leur éventuelle codification. Lorsque les médicaments d'exception se qualifient pour la codification, nous les ajoutons au répertoire des *Codes des médicaments d'exception*.

Processus de suivi

Afin de remplir notre rôle de surveillance, nous avons développé un processus de suivi des médicaments d'exception codifiés. Il vise à s'assurer d'une utilisation conforme des codes au regard des indications de paiement déterminées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Ce processus de suivi comprend deux volets. D'abord, nous mesurons le volume d'utilisation des codes et le comparons aux prévisions établies. Ensuite, nous effectuons un suivi de la conformité de l'utilisation d'un code en lien avec son indication de paiement reconnue.

Après analyse des écarts observés, s'il y a lieu, nous pouvons prendre des mesures de redressement advenant l'utilisation inadéquate d'un code.

Mode de classement

Ce répertoire présente les médicaments d'exception codifiés par classe anatomique, puis par ordre alphabétique de dénomination commune. Les marques de commerce se trouvent sous chaque dénomination commune.

Le système de codification comporte **deux lettres**, qui représentent la classe anatomique, **suivies de chiffres** formant un numéro séquentiel.

Pour faciliter la recherche, nous avons ajouté un index alphabétique des dénominations communes (en gras) et des noms de commerce des médicaments d'exception codifiés à la fin du document.

Utilisation de la codification

Chaque code du répertoire des *Codes des médicaments d'exception* est accompagné d'informations détaillées qui encadrent son utilisation. **Il est de votre responsabilité de respecter l'indication reconnue pour le paiement liée au code utilisé.**

Marche à suivre pour les prescripteurs avec accès au service en ligne

Lorsque vous rédigez une ordonnance pour un médicament d'exception codifié :

1. [Connectez-vous](#) au service en ligne Patient et médicaments d'exception.
2. Commencez une demande d'autorisation pour le médicament que vous désirez prescrire. Si le médicament est codifié, le code du médicament et les indications associées s'affichent.
3. Inscrivez sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Sur présentation de l'ordonnance en pharmacie, nous autoriserons automatiquement le paiement **pour la durée de l'ordonnance**, à moins qu'une période de validité spécifique ne soit mentionnée dans le répertoire.

Si la condition médicale de votre patient ne correspond pas aux indications reconnues pour le paiement du médicament d'exception codifié, vous devrez soumettre une demande d'autorisation de paiement pour les mesures des médicaments d'exception ou du patient d'exception. Inscrivez alors le code « XX » sur l'ordonnance. Le pharmacien sera ainsi avisé que l'ordonnance ne peut pas être codifiée. Pour plus d'information sur les mesures des médicaments d'exception et du patient d'exception, consultez la page d'information à ce sujet sur notre site Web, dans la section réservée à votre profession.

Lors d'un **renouvellement d'ordonnance**, vous devez répéter ces étapes. Pensez à réinscrire le code sur l'ordonnance afin de confirmer que la condition médicale du patient correspond toujours à l'indication de paiement.

Marche à suivre pour les prescripteurs sans accès au service en ligne

Lorsque vous rédigez une ordonnance pour un médicament d'exception codifié :

1. Consultez le présent répertoire des Codes des médicaments d'exception.
2. Repérez le médicament que vous désirez prescrire.
3. Déterminez l'**indication reconnue pour le paiement** qui correspond exactement à la condition médicale de la personne visée. Trouvez le **code** associé, qui est formé de 2 lettres et de 2 ou 3 chiffres.
4. Inscrivez sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Sur présentation de l'ordonnance en pharmacie, nous autoriserons automatiquement le paiement **pour la durée de l'ordonnance**, à moins qu'une période de validité spécifique ne soit mentionnée dans le répertoire. Les autorisations de paiement pour les conditions médicales qui **ne correspondent pas** aux indications reconnues pour le paiement du médicament d'exception codifié (code « XX » sur l'ordonnance) sont délivrées via le service en ligne Patient et médicaments d'exception. Si vous n'y avez pas accès, consultez la section Autorisation de paiement de la page Mesures des médicaments d'exception et du patient d'exception de votre profession pour connaître la marche à suivre.

Lors d'un **renouvellement d'ordonnance**, vous devez répéter ces étapes. Pensez à réinscrire le code sur l'ordonnance afin de confirmer que la condition médicale du patient correspond toujours à l'indication de paiement.

Exemples d'utilisation de la codification – Médicaments d'exception codifiés

Cas n° 1

Enfant de 7 ans atteint de dermatite atopique et qui présente un échec à la crème d'hydrocortisone 1 %. Le prescripteur désire prescrire un médicament d'exception, soit le tacrolimus topique (Protopic^{MC}).

Étapes à suivre :

1. Le prescripteur consulte le répertoire des *Codes des médicaments d'exception*.
2. Il repère le médicament qu'il désire prescrire grâce au mode de classement.
3. Il constate que le tacrolimus est codifié et que la condition médicale de l'enfant correspond à l'indication reconnue pour le paiement associée au code DE56.
4. Le code DE56 correspond au traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors de l'échec à un traitement par un corticostéroïde topique
5. Le prescripteur inscrit le code DE56 sur l'ordonnance. L'autorisation de paiement est alors valide pour toute la durée de cette ordonnance.

Cas n° 2

Homme de 40 ans présentant des lésions de psoriasis aux bras qui persistent malgré l'utilisation de multiples corticostéroïdes topiques, dont la crème de betaméthasone (Betaderm^{MC}) et la crème de triamcinolone (Aristocort C^{MC}). Le prescripteur veut prescrire du tacrolimus topique (Protopic^{MC}).

Étapes à suivre :

1. Le prescripteur consulte le répertoire des *Codes des médicaments d'exception*.
2. Il repère le médicament qu'il désire prescrire grâce au mode de classement.

Il constate que le tacrolimus est codifié, mais la condition médicale de son patient (psoriasis) ne correspond à aucune indication reconnue pour son paiement. **Les indications reconnues sont les suivantes :**
 - **DE56** : Pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors de l'échec à un traitement par un corticostéroïde topique
 - **DE57** : 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 lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage.
3. Il inscrit le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que l'ordonnance ne peut pas être codifiée.

Il consulte le site Web de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour s'informer au sujet de la mesure du patient d'exception. Il estime que la situation du patient correspond aux conditions de la mesure. Pour obtenir une autorisation de paiement, il utilise le service en ligne Patient et médicaments d'exception.

AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

AA-Adefovir [adéfovir dipivoxil]	7
ADÉFOVIR DIPIVOXIL	7
<i>Apo-Linezolid</i> [linezolid]	9
<i>Cancidas</i> [casprofongine (acétate de)]	7
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)	7
<i>Casprofongine pour injection</i> [casprofongine (acétate de)]	7
<i>Cresemba</i> [isavuconazole]	8
<i>Difficid</i> [fidaxomicine]	8
<i>Diffucan</i> [fluconazole]	8
FIDAXOMICINE	8
FLUCONAZOLE	8
<i>Hepsera</i> [adéfovir dipivoxil]	7
ISAVUCONAZOLE	8
<i>Jamp Linezolid</i> [linezolid]	9
<i>Jamp Voriconazole</i> [voriconazole]	10
<i>Linezolid Injection</i> [linezolid]	9
LINEZOLIDE	9
<i>Sandoz Linezolid</i> [linezolid]	9
<i>Sandoz Voriconazole</i> [voriconazole]	10
<i>Teva-Tobramycin</i> [tobramycine (sulfate de)]	9
<i>Tobi</i> [tobramycine (sulfate de)]	9
<i>Tobi Podhaler</i> [tobramycine (sulfate de)]	10
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	9
<i>Vfend</i> [voriconazole]	10
VORICONAZOLE	10
<i>Voriconazole pour injection</i> [voriconazole]	10
<i>Zyvoxam</i> [linezolid]	9

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

ADÉFOVIR DIPIVOXIL

AA-Adefovir
Hepsera

AI125

Pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes :

- ◆ ayant une **résistance à la lamivudine** définie par 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 qui démontre 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;
- ◆ ayant une cirrhose décompensée ou à risque de décompensation, avec un score de Child-Pugh > 6;
- ◆ ayant subi une transplantation hépatique ou ayant eu une infection du greffon par le virus de l'hépatite B;
- ◆ infectées par le VIH, mais non traitées avec des antirétroviraux pour cette maladie;
- ◆ ne présentant pas de résistance à la lamivudine et ayant une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou à 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement;

CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)

Cancidas
Caspofongine pour injection

AI79

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;

AI80

Pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole;

AI86

Pour le traitement de la candidose oesophagienne 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;

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

FIDAXOMICINE

Dificid

AI582

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 égal ou supérieur à 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.

*Note : en cas de **deuxième récurrence ou plus** (récurrences multiples), le code ne doit pas être appliqué.*

ou

- une allergie à la vancomycine;

Ce code donne accès au remboursement d'un maximum de 20 comprimés de 200 mg par épisode d'infection.

FLUCONAZOLE

Susp. Orale

Diflucan

AI8

Pour le traitement de la candidose oesophagienne;

AI9

Pour le traitement de la candidose oropharyngée pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;

AI10

Pour le traitement d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;

ISAVUCONAZOLE

Cresemba

AI74

Pour le traitement de l'aspergillose invasive;

AI299

Pour le traitement de la mucormycose invasive.

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

LINEZOLIDE

Co.

Apo-Linezolid

Jamp Linezolid

Sandoz Linezolid

AI69

Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée;

AI70

Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine;

AI160

Pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier.

LINEZOLIDE

Sol. Perf. I.V.

Linezolid Injection

Zyvoxam

AI71

Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée et que le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;

AI72

Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine lorsque le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)

Sol. pour Inh.

Teva-Tobramycin

Tobi

AI90

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;

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.

Tobi Podhaler

AI90

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;

VORICONAZOLE

Jamp Voriconazole

Sandoz Voriconazole

Vfend

Voriconazole pour injection

AI74

Pour le traitement de l'aspergillose invasive;

AI76

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;

CV – Système cardiovasculaire

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

<i>AG-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>AG-Ticagrelor</i> [ticagrélor]	18
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')	15
<i>Apo-Colesevelam</i> [colésévélam (chlorhydrate de)]	15
<i>Apo-Dabigatran</i> [dabigatran etexilate]	15
<i>Apo-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>Apo-Ticagrelor</i> [ticagrélor]	18
<i>Auro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>Brilinta</i> [ticagrélor]	18
<i>Camzyos</i> [mavacamten]	16
COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)	15
DABIGATRAN ETEXILATE	15
DAPAGLIFLOZINE	15
DAPAGLIFLOZINE (INSUFFISANCE CARDIAQUE, FRACTION D'ÉJECTION >40%)	16
DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)	16
<i>Entresto</i> [sacubitril/valsartan]	18
<i>Forxiga</i> [dapagliflozine]	15
<i>GLN-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>JAMP Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>JAMP Pentoxifylline SR</i> [pentoxifylline]	17
<i>Jamp Prasugrel</i> [prasugrel]	17
<i>JAMP Ticagrelor</i> [ticagrélor]	18
<i>Lodalis</i> [colésévélam (chlorhydrate de)]	15
MAVACAMTEN	16
<i>M-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>M-Ticagrelor</i> [ticagrélor]	18
<i>NRA-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>pdp-AMLODIPINE</i> [amlodipine (bésylate d')]	15
PENTOXIFYLLINE	17
<i>Pentoxifylline SR</i> [pentoxifylline]	17
<i>pms-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>pms-Sacubitril-Valsartan</i> [sacubitril/valsartan]	18
<i>Pradaxa</i> [dabigatran etexilate]	15
PRASUGREL	17
<i>Pro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
SACUBITRIL/VALSARTAN	18
<i>Sandoz Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>Sandoz Sacubitril-Valsartan</i> [sacubitril/valsartan]	18
<i>Taro-Dipyridamole/ASA</i> [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)]	16
<i>Taro-Ticagrelor</i> [ticagrélor]	18
TICAGRÉLOR	18

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')

Sol. Oral

pdp-AMLODIPINE

CV439

Chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés;

COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)

Apo-Colesevelam

Lodalis

CV163

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).

Note : L'usage du colésévélam pour les personnes dont le **risque cardiovasculaire est faible ou moyen** ne correspond pas à l'indication de paiement. Dans ce cas, utilisez **le service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement dans le cadre de la mesure du patient d'exception.

DABIGATRAN ETEXILATE

Apo-Dabigatran

Pradaxa

CV155

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.

DAPAGLIFLOZINE

AG-Dapagliflozin

Apo-Dapagliflozin

Auro-Dapagliflozin

Forxiga

GLN-Dapagliflozin

JAMP Dapagliflozin

M-Dapagliflozin

NRA-Dapagliflozin

Pro-Dapagliflozin

Riva-Dapagliflozin

Sandoz Dapagliflozin

pms-Dapagliflozin

CV399

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 **inférieure ou égale à 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.

Note: L'usage de la dapagliflozine pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de **classe I ou IV** de la NYHA ne correspond pas à l'indication de paiement.

CODIFICATION - CV – Système cardiovasculaire

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

AG-Dapagliflozin
Apo-Dapagliflozin
JAMP Dapagliflozin
M-Dapagliflozin
NRA-Dapagliflozin

Pro-Dapagliflozin
Riva-Dapagliflozin
Sandoz Dapagliflozin
pms-Dapagliflozin

CV679

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.

DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)

Taro-Dipyridamole/ASA

CV14

Pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire;

MAVACAMTEN

Camzyos

CV699

Pour la demande initiale du 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).

L'autorisation est accordée à raison d'une capsule par jour et d'une dose maximale quotidienne de 15 mg.

Période d'autorisation : 6 mois

CODIFICATION - CV – Système cardiovasculaire

CV719

Pour la poursuite du traitement des adultes atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMHo) symptomatique de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA).

Le médecin devra être en mesure de 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 sont accordées à raison d'une capsule par jour et d'une dose maximale quotidienne de 15 mg.

Période d'autorisation : 12 mois

PENTOXIFYLLINE

JAMP Pentoxifylline SR

Pentoxifylline SR

CV15

Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);

CV16

Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance artérielle avec ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos;

PRASUGREL

Jamp Prasugrel

CV152

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 lors d'un syndrome coronarien aigu.

Note : Pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois, utilisez le service en ligne Patient et médicaments d'exception pour soumettre une demande d'autorisation de paiement dans le cadre de la mesure du patient d'exception.

Période d'autorisation : 12 mois.

CODIFICATION - CV – Système cardiovasculaire

SACUBITRIL/VALSARTAN

Entresto

Sandoz Sacubitril-Valsartan

pms-Sacubitril-Valsartan

CV419

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 inférieure ou égale à 40 %);
et
- en association avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

*Note : L'usage du sacubitril/valsartan pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de **classe I ou IV** de la NYHA ne correspond pas à l'indication de paiement.*

TICAGRÉLOR

AG-Ticagrelor

Apo-Ticagrelor

Brilinta

JAMP Ticagrelor

M-Ticagrelor

Taro-Ticagrelor

CV161

Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, **en association avec l'acide acétylsalicylique**, chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu.

*Note : Pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois, utilisez **le service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement dans le cadre de la mesure du patient d'exception.*

Période d'autorisation : 12 mois.

DE – Dermatologie

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	37
Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	37
Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	37
Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Algisite M 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Allewyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Allewyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Arazlo [tazarotène]	39
AZÉLAÏQUE (ACIDE)	29
Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 123 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Ag Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Biatain Alginate (3 cm x 44 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Biatain Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Ag Sacrum (25 cm x 25 cm - 289 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Silicone Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Non-Border (12,5 cm x 12,5 cm - 156.25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	29
COLLAGÉNASE	29
Collagénase [collagénase]	29
Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Comfeel Plus Sacrum (18 cm x 20 cm - 180 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (5 cm x 15 cm - 75 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (5 cm x 25 cm - 125 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (5 cm x 7 cm - 35 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (9 cm x 14 cm - 126 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (9 cm x 25 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Curity Pansement au chlorure de sodium (15 cm x 17 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Dovobet [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
Dovobet Gel [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
Duobrii [halobétasol (propionate d')/tazarotène]	29
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Elidel [pimécrolimus]	38
Enstilar [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
Erivedge [vismodegib]	40
Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Finacea [azélaïque (acide)]	29
Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE	29
Iodosorb [pansement antimicrobien - iode]	35
Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kaltostat 40 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 20,3cm-207 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm - 26cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm - 161 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall Pans. sup. alg. calcium (10,2 cmx10,2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kerracel (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Melgisorb Plus 45 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mesalt (1 m) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Pansement à l'alginate de calcium 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Pansement à l'alginate de calcium 60 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Pansement à l'alginate de calcium 90 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM	30
PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES	30
PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION	31
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES	32
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION	33
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT	34
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE	35
PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT	36
PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ	37
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	37
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE	38
PIMÉCROLIMUS	38
Protopic [tacrolimus]	38
Retin-A [trétinoïne]	39
Santyl [collagénase]	29
Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
TACROLIMUS	38
Taro-Calciptriol/Betamethasone Gel [calciptriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
TAZAROTÈNE	39
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm ² [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm ² [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm ² [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm ² [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm ² [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Teva-Betamethasone/Calciptriol [calciptriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
TRÉTINOÏNE	39
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>UrgoTul Ag(10 cm x 12 cm - 120 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>UrgoTul Ag(15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Versiva XC Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Versiva XC Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
VISMODEGIB	40
<i>Vitamin A Acid Gel Doux</i> [trétinoïne]	39

AZÉLAÏQUE (ACIDE)

Finacea

DE164

Pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace, contre-indiqué ou mal tolérée;

CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Dovobet

Dovobet Gel

Enstilar

Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel

Teva-Betamethasone/Calcipotriol

DE128

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.

COLLAGÉNASE

Collagénase

Santyl

DE158

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

Période d'autorisation : 60 jours

HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE

Duobrii

DE128

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.

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM

Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²)

Mesalt (1 m)

Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)

Algisite M 30 cm

Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)

Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²)

Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)

Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)

Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)

Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)

Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Biatain Alginate (3 cm x 44 cm)

Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Exufiber (2 cm x 45 cm)

Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)

Kaltostat 40 cm

Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)

Kendall Pans. sup. alg. calcium (10,2 cmx10,2 cm - 104 cm²)

Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²)

Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm²)

Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)

Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)

Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm²)

Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²)

Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Kerracel (2 cm x 45 cm)

Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)

Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)

Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)

Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)

Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)

Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)

Melgisorb Plus 45 cm

Pansement à l'alginate de calcium 30 cm

Pansement à l'alginate de calcium 60 cm

Pansement à l'alginate de calcium 90 cm

Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm²

Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm²

Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)

Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)

Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

<i>Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>
<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i>
<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm - 161 cm²)</i>
<i>Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>
<i>Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm²)</i>
<i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>
<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>
<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	<i>Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>
<i>Biatain Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	<i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>
<i>Biatain Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	<i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>
<i>Biatain Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	<i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	<i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Non-Border (12.5 cm x 12.5 cm - 156.25 cm²)</i>	<i>Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	<i>Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	<i>Mepilex Up (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²)</i>	<i>Mepilex Up (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²)</i>	<i>Mepilex Up (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)</i>	<i>Mepilex Up (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)</i>	<i>Mepilex Up (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>
<i>Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)</i>	<i>Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>
<i>Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)</i>	<i>Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²)</i>
<i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	<i>Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>
<i>Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>
<i>Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	<i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)</i>
<i>Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²)</i>
<i>Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	<i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>
<i>Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	<i>Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>
<i>Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	<i>Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>
<i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm²</i>
<i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²</i>
<i>Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²</i>
<i>Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²</i>
<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>
<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES

Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)

Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²)

Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²)

Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²)

Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)

Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²)

Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)

Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)

Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)

Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²)

Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)

Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm²)

Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm²)

Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm²)

Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm²)

Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)

Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)

Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)

Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)

Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	<i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>
<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)</i>	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)</i>
<i>Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)</i>
<i>Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²)</i>
<i>Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	<i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)</i>	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)</i>	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)</i>	<i>Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>
<i>Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)</i>	<i>Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²)</i>
<i>Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm²)</i>	<i>Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²)</i>
<i>Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²)</i>
<i>Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>
<i>Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²)</i>
<i>Allevyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)</i>
<i>Allevyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)</i>
<i>Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>
<i>Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>
<i>Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>
<i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm²)</i>
<i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm²)</i>
<i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²)</i>
<i>Biatain Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 123 cm²)</i>	<i>Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	<i>Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²)</i>	<i>Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)</i>
<i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm²</i>
<i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²</i>
<i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm²</i>
<i>Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²</i>
<i>Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm²</i>
<i>Biatain Silicone Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	<i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>
<i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)</i>
<i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)</i>	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)</i>
<i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)</i>	<i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²)</i>

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT

Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm²)
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)
Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)
Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)
Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)
Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)
Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)
Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)
Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Biatain Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Biatain Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Biatain Ag Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)
Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²)
Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)
Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)
Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)
Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)
Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)
Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm - 121 cm²)
Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²)
UrgoTul Ag (10 cm x 12 cm - 120 cm²)
UrgoTul Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)

DE58

Pour le traitement d'une **première plaie** chez 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 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.

DE319

Pour le traitement d'une **nouvelle plaie** ou d'une **récidive de plaie** au même site, chez 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 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.

DE339

Pour le traitement d'**une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines** de traitement. 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.

Note : Dans le cadre d'activités de contrôle, les raisons ou les données motivant une poursuite de traitement pourront faire l'objet d'une demande de renseignements de la RAMQ.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE

Iodosorb

DE58

Pour le traitement d'**une première plaie** chez 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 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.

DE319

Pour le traitement d'**une nouvelle plaie ou d'une récurrence de plaie** au même site, chez 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 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.

DE339

Pour le traitement d'**une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines** de traitement. 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.

Note : Dans le cadre d'activités de contrôle, les raisons ou les données motivant une poursuite de traitement pourront faire l'objet d'une demande de renseignements de la RAMQ.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT

Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)
Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)
Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)
Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)
Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)
Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)
Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)
Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)
Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)

Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)
Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)
Biatain Silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)
Biatain Silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)
Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)
Biatain Silicone Ag Sacrum (25 cm x 25 cm - 289 cm²)
Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)
Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)
Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)
Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)
Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)
Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)
Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)

DE58

Pour le traitement d'**une première plaie** chez 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 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.

DE319

Pour le traitement d'**une nouvelle plaie ou d'une récurrence de plaie** au même site, chez 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 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.

DE339

Pour le traitement d'**une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines** de traitement. 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.

Note : Dans le cadre d'activités de contrôle, les raisons ou les données motivant une poursuite de traitement pourront faire l'objet d'une demande de renseignements de la RAMQ.

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ

Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)

Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)

Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²)

DE106

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ♦ plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante;
- ♦ plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ♦ ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ♦ plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Comfeel Plus Sacrum (18 cm x 20 cm - 180 cm²)

Comfeel Plus Transparent (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Comfeel Plus Transparent (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Comfeel Plus Transparent (5 cm x 15 cm - 75 cm²)

Comfeel Plus Transparent (5 cm x 25 cm - 125 cm²)

Comfeel Plus Transparent (5 cm x 7 cm - 35 cm²)

Comfeel Plus Transparent (9 cm x 14 cm - 126 cm²)

Comfeel Plus Transparent (9 cm x 25 cm - 225 cm²)

Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)

Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)

DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²)

DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²)

DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm²)

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²)

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²)

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²)

DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²)

DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)

DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²)

DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²)

DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²)

DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²)

DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²)

DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²)

DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²)

Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²)

Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)

Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²)

Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²)

Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ♦ Brûlures graves;
- ♦ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ♦ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ♦ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ♦ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

CODIFICATION - DE – Dermatologie

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)

DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)

DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- ◆ Brûlures graves;
- ◆ Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- ◆ Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ◆ Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- ◆ Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE

Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)

Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)

Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)

Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm²

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm²

DE107

Pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses;

PIMÉCROLIMUS

Elidel

DE56

Pour le traitement de la dermatite atopique chez les **enfants** lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;

TACROLIMUS

Pom. Top.

Protopic

DE56

Pour le traitement de la dermatite atopique chez les **enfants** lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;

DE57

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;

TAZAROTÈNE

Arazlo

DE20

Pour le traitement de l'acné;

Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.

DE21

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.

TRÉTINOÏNE

Cr. Top.

Retin-A

DE20

Pour le traitement de l'acné;

Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.

DE21

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.

TRÉTINOÏNE

Gel Top.

Vitamin A Acid Gel Doux

DE20

Pour le traitement de l'acné;

Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.

DE21

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.

CODIFICATION - DE – Dermatologie

VISMODEGIB

Erivedge

DE739

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.

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

Période d'autorisation : 4 mois

EN – Endocrinologie

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

<i>ACH-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>AG-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>AG-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')	45
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	45
<i>Apo-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin</i> [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]	46
<i>Apo-Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
<i>Apo-Saxagliptin</i> [saxagliptine]	51
<i>Apo-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Apo-Sitagliptin Malate</i> [sitagliptine]	52
<i>Apo-Sitagliptin/Metformin XR</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Apo-Sitagliptine Metformine</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Apo-Sitagliptin-Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Auro-Canagliflozin</i> [canagliflozine]	45
<i>Auro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Auro-Dapagliflozin/Metformin</i> [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]	46
<i>Auro-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
CANAGLIFLOZINE	45
DAPAGLIFLOZINE	46
DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	46
EMPAGLIFLOZINE	47
EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	47
<i>Forxiga</i> [dapagliflozine]	46
GLIMÉPIRIDE	47
<i>GLN-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Humalog Mix 25</i> [insuline lispro/ insuline lispro protamine]	48
<i>Humalog Mix 25 KwikPen</i> [insuline lispro/ insuline lispro protamine]	48
INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE	47
INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE	48
<i>Invokana</i> [canagliflozine]	45
<i>JAMP Canagliflozin</i> [canagliflozine]	45
<i>JAMP Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Jamp Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Jamp-Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
<i>Janumet</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Janumet XR</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Januvia</i> [sitagliptine]	52
<i>Jardiance</i> [empagliflozine]	47
<i>Jentadueto</i> [linagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	48
<i>Kazano</i> [alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)]	45
<i>Komboglyze</i> [saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	51
LINAGLIPTINE	48
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	48
<i>M-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Mint-Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
<i>Mint-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>NAT-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Nesina</i> [alogliptine (benzoate d')]	45
<i>NovoMix30</i> [insuline asparte/ insuline asparte protamine]	47
<i>NRA-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Onglyza</i> [saxagliptine]	51
<i>Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)	49
<i>pms-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>pms-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Pro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Pro-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Pro-Sitagliptin Malate</i> [sitagliptine]	52
<i>Pro-Sitagliptin Malate/Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Pro-Sitagliptin-Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>PRZ-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Rosiglitazone</i> [rosiglitazone (maléate de)]	50
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)	50
<i>Sandoz Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Sandoz Glimepiride</i> [glimépiride]	47
<i>Sandoz Saxagliptin</i> [saxagliptine]	51
<i>Sandoz Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Sandoz Sitagliptin-Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Sandoz Sitagliptin-Metformin XR</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
SAXAGLIPTINE	51
SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	51
<i>Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Sitagliptin/Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
SITAGLIPTINE	52
SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	52
<i>Sitagliptin-Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Synjardy</i> [empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)]	47
<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i> [sitagliptine]	52
<i>Teva-Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
<i>Teva-Sitagliptin Malate</i> [sitagliptine]	52
<i>Teva-Sitagliptin malate / Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Trajenta</i> [linagliptine]	48
<i>Xigduo</i> [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]	46

ALOGLIPTINE (BENZOATE D')

Nesina

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Kazano

EN150

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.

CANAGLIFLOZINE

Auro-Canagliflozin

Invokana

JAMP Canagliflozin

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

DAPAGLIFLOZINE

AG-Dapagliflozin

Apo-Dapagliflozin

Auro-Dapagliflozin

Forxiga

GLN-Dapagliflozin

JAMP Dapagliflozin

M-Dapagliflozin

NRA-Dapagliflozin

Pro-Dapagliflozin

Riva-Dapagliflozin

Sandoz Dapagliflozin

pms-Dapagliflozin

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Apo-Dapagliflozin-Metformin

Auro-Dapagliflozin/Metformin

Xigduo

EN150

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.

EMPAGLIFLOZINE

Jardiance

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

EN179

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 supérieure ou égale à 7 %.

La nature de la maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) devra être fournie sur demande de la Régie.

EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Synjardy

EN219

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.

GLIMÉPIRIDE

Sandoz Glimepiride

EN23

Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;

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

INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE

NovoMix30

EN22

Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE

Humalog Mix 25

Humalog Mix 25 KwikPen

EN22

Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;

LINAGLIPTINE

Trajenta

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Jentadueto

EN150

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.

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

Apo-Pioglitazone
Jamp-Pioglitazone
Mint-Pioglitazone
Pioglitazone
Teva-Pioglitazone

EN117

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN118

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **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.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN119

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **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.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

EN120

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **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;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN121

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Rosiglitazone

EN117

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN118

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **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.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN119

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **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.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN120

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **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;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN121

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

SAXAGLIPTINE

Apo-Saxagliptin

Onglyza

Sandoz Saxagliptin

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Komboglyze

EN150

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.

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

SITAGLIPTINE

ACH-Sitagliptin
AG-Sitagliptin
Apo-Sitagliptin
Apo-Sitagliptin Malate
Auro-Sitagliptin
Jamp Sitagliptin
Januvia
Mint-Sitagliptin
NAT-Sitagliptin

PRZ-Sitagliptin
Pro-Sitagliptin
Pro-Sitagliptin Malate
Sandoz Sitagliptin
Sitagliptin
Taro-Sitagliptin Fumarate
Teva-Sitagliptin Malate
pms-Sitagliptin

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin
Apo-Sitagliptin-Metformin
Apo-Sitagliptin/Metformin XR
Apo-Sitagliptine Metformine
Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride
JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin
Janumet
Janumet XR

Pro-Sitagliptin Malate/Metformin
Pro-Sitagliptin-Metformin
Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride
Sandoz Sitagliptin-Metformin
Sandoz Sitagliptin-Metformin XR
Sitagliptin-Metformin
Sitagliptin/Metformin
Teva-Sitagliptin malate / Metformin

EN150

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.

GI – Système gastro-intestinal

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

ACIDE OBÉTICHOIQUE	57
<i>AG-Sennosides enrobé</i> [sennosides A & B]	60
<i>Alta-Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>AMB-Bisacodyl</i> [bisacodyl]	57
<i>Bio-Sennosides</i> [sennosides A & B]	60
BISACODYL	57
<i>Bisacodyl</i> [bisacodyl]	57
<i>Bisacodyl Suppository</i> [bisacodyl]	57
<i>Bisacodyl Suppository 5 mg</i> [bisacodyl]	57
<i>Bisacodyl-Odan</i> [bisacodyl]	57
<i>Comfilax</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Emolax</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Emolax (30 sachets de 17 grammes)</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Euro-Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Fleet Huileux</i> [huile minérale]	58
<i>Fleet Pédiatrique</i> [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium]	58
GLYCÉRINE	57
HUILE MINÉRALE	58
<i>Huile Minérale</i> [huile minérale]	58
<i>Jamp-Bisacodyl</i> [bisacodyl]	57
<i>Jamp-Lactulose</i> [lactulose]	58
<i>Jamplyte (280g)</i> [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)]	59
<i>Jamp-Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Jamp-Sennosides Enrobé</i> [sennosides A & B]	60
LACTULOSE	58
<i>Lactulose</i> [lactulose]	58
<i>Lait de Magnésie</i> [magnésium (hydroxyde de)]	58
<i>Lax-A NEMA</i> [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium]	58
<i>Lax-A Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Lax-A-Day Pharma</i> [polyéthylène glycol]	59
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)	58
<i>M-Peg 3350</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>M-Senna 8,6 mg</i> [sennosides A & B]	60
<i>M-Sennosides 8,6 mg</i> [sennosides A & B]	60
<i>NORA Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Nora Sennosides</i> [sennosides A & B]	60
<i>Ocaliva</i> [acide obéticholique]	57
<i>Opus Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Opus Sennosides Enrobé</i> [sennosides A & B]	60
<i>Peg 3350</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes)</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>PegLyte (280 g)</i> [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)]	59
<i>Pharma-Lactulose</i> [lactulose]	58
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM	58
<i>pms-Lactulose</i> [lactulose]	58
<i>pms-Lactulose-Pharma</i> [lactulose]	58
<i>pms-Sennosides</i> [sennosides A & B]	60
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL	59
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)	59
PSYLLIUM (MUCILAGE DE)	59
<i>ratio-Lactulose</i> [lactulose]	58
<i>Relaxa</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Relaxa (30 sachets de 17 grammes)</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Riva-Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Sennalax</i> [sennosides A & B]	60
<i>Sennalax Forte</i> [sennosides A & B]	60
<i>Sennosides</i> [sennosides A & B]	60
SENNOSIDES A & B	60

ACIDE OBÉTICHOIQUE

Ocaliva

GI659

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 poursuite du traitement est autorisée en présence de 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. Dans le cadre d'activités de contrôle, ces données pourront faire l'objet d'une demande de renseignements de la RAMQ.

La demande initiale et les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

BISACODYL

AMB-Bisacodyl
Bisacodyl
Bisacodyl Suppository

Bisacodyl Suppository 5 mg
Bisacodyl-Odan
Jamp-Bisacodyl

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GLYCÉRINE

Supp.

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

CODIFICATION - GI – Système gastro-intestinal

HUILE MINÉRALE

Fleet Huileux
Huile Minérale

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

LACTULOSE

Jamp-Lactulose
Lactulose
Pharma-Lactulose

pms-Lactulose
pms-Lactulose-Pharma
ratio-Lactulose

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GI29

Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique;

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)

Lait de Magnésie

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM

Fleet Pédiatrique
Lax-A NEMA

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Comfilax

Emolax

Emolax (30 sachets de 17 grammes)

Lax-A-Day Pharma

M-Peg 3350

Peg 3350

Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes)

Relaxa

Relaxa (30 sachets de 17 grammes)

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)

Jamplyte (280g)

PegLyte (280 g)

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

PSYLLIUM (MUCILAGE DE)

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GI30

Pour le traitement de la diarrhée chronique;

CODIFICATION - GI – Système gastro-intestinal

SENNOSIDES A & B

AG-Sennosides enrobé

Alta-Senna

Bio-Sennosides

Euro-Senna

Jamp-Senna

Jamp-Sennosides Enrobé

Lax-A Senna

M-Senna 8,6 mg

M-Sennosides 8,6 mg

NORA Senna

Nora Sennosides

Opus Senna

Opus Sennosides Enrobé

Riva-Senna

Senna

Sennalax

Sennalax Forte

Sennosides

pms-Sennosides

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GU – Système génito-urinaire

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Apo-Mirabegron</i> [mirabegron]	65
FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)	65
<i>JAMP Trospium</i> [trospium (chlorure de)]	65
<i>Mar-Trospium</i> [trospium (chlorure de)]	65
MIRABEGRON	65
<i>Myrbetriq</i> [mirabegron]	65
<i>Sandoz Fesoterodine Fumarate</i> [fésotérodine (fumarate de)]	65
<i>Toviaz</i> [fésotérodine (fumarate de)]	65
TROSPIMUM (CHLORURE DE)	65

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)

Sandoz Fesoterodine Fumarate

Toviaz

GU178

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.

MIRABEGRON

Apo-Mirabegron

Myrbetriq

GU178

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.

TROSPIUM (CHLORURE DE)

JAMP Trosipium

Mar-Trosipium

GU178

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.

GY – Gynécologie

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA	71
<i>Climara -50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Climara-25</i> [estradiol-17B]	71
<i>Climara-75</i> [estradiol-17B]	71
<i>Crinone</i> [progestérone]	73
<i>Endometrin</i> [progestérone]	73
<i>Estalis 140/50</i> [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)]	71
<i>Estalis 250/50</i> [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)]	71
ESTRADIOL-17B	71
ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	71
<i>Estradot</i> [estradiol-17B]	71
FOLLITROPINE ALPHA	71
FOLLITROPINE BÊTA	72
FOLLITROPINE DELTA	72
GONADOTROPINE CHORIONIQUE	72
<i>Gonadotrophine Chorionique</i> [gonadotrophine chorionique]	72
GONADOTROPHINES	72
<i>Gonal-f</i> [follitropine alpha]	71
<i>Menopur</i> [gonadotrophines]	72
<i>Oesclim 25</i> [estradiol-17B]	71
<i>Oesclim 50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Ovidrel</i> [choriogonadotropine alpha]	71
<i>Pregnyl</i> [gonadotrophine chorionique]	72
PROGESTÉRONNE	73
<i>Puregon</i> [follitropine bêta]	72
<i>Rekovel</i> [follitropine delta]	72
<i>Sandoz Estradiol Derm 100</i> [estradiol-17B]	71
<i>Sandoz Estradiol Derm 50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Sandoz Estradiol Derm 75</i> [estradiol-17B]	71

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA

Ovidrel

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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.

ESTRADIOL-17B

Climara -50

Climara-25

Climara-75

Estradot

Oesclim 25

Oesclim 50

Sandoz Estradiol Derm 100

Sandoz Estradiol Derm 50

Sandoz Estradiol Derm 75

GY34

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)

Estalis 140/50

Estalis 250/50

GY35

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;

FOLLITROPINE ALPHA

Gonal-f

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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.

CODIFICATION - GY – Gynécologie

FOLLITROPINE BÊTA

Puregon

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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 DELTA

Rekovele

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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.

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE

Gonadotrophine Chorionique

Pregnyl

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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.

GONADOTROPHINES

Menopur

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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.

PROGESTÉRONE

Co. Vag. (eff.)

Endometrin

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

PROGESTÉRONE

Gel vag. (App.)

Crinone

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

MS – Système musculo-squelettique

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Acide zolédronique injectable</i> [zolédronique (acide)]	79
<i>Acide zolédronique pour injection</i> [zolédronique (acide)]	79
<i>Acide zolédronique-Z</i> [zolédronique (acide)]	79
<i>Aclasta</i> [zolédronique (acide)]	79
<i>Auro-Febuxostat</i> [febuxostat]	79
FEBUXOSTAT	79
<i>Febuxostat</i> [febuxostat]	79
<i>Jamp-Febuxostat</i> [febuxostat]	79
<i>Jamp-Zoledronic Acid</i> [zolédronique (acide)]	79
<i>Mar-Febuxostat</i> [febuxostat]	79
<i>M-Febuxostat</i> [febuxostat]	79
<i>Teva-Febuxostat</i> [febuxostat]	79
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	79
<i>Zometa</i> [zolédronique (acide)]	79

CODIFICATION - MS – Système musculo-squelettique

FEBUXOSTAT

Auro-Febuxostat
Febuxostat
Jamp-Febuxostat

M-Febuxostat
Mar-Febuxostat
Teva-Febuxostat

MS545

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.

Note : Dans la majorité des cas, l'insuffisance rénale ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation de l'allopurinol dans le traitement des complications d'une hyperuricémie chronique.

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)

Sol. Perf. I.V.

5 mg/ 100 mL

Acide zolédronique injectable
Aclasta

MS153

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**.

Note : Le traitement de l'ostéoporose chez l'**homme** ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un **échec thérapeutique** à un bisphosphonate **oral** ne satisfait pas à cette indication de paiement.

MS154

Pour le traitement de la maladie de Paget.

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)

Sol. Perf. I.V.

4 mg/5 mL

Acide zolédronique pour injection
Acide zolédronique-Z
Jamp-Zoledronic Acid
Zometa

MS379

Pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale.

MS380

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.

OP – Ophtalmologie

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Acular</i> [kétorolac (trométhamine de)]	86
<i>Acuvail</i> [kétorolac (trométhamine de)]	86
<i>Alcon Tears</i> [hydroxypropylméthylcellulose]	86
<i>Apo-Diclofenac Ophtalmic</i> [diclofénac sodique]	86
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE	85
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE	85
CYCLOSPORINE	85
<i>Diclofenac</i> [diclofénac sodique]	86
DICLOFÉNAC SODIQUE	86
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE	86
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70	86
<i>JAMP Diclofenac</i> [diclofénac sodique]	86
<i>Ketorolac</i> [kétorolac (trométhamine de)]	86
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	86
<i>Mint-Diclofenac</i> [diclofénac sodique]	86
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE	87
POLYVINYLIQUE (ALCOOL)	87
<i>Refresh</i> [polyvinylique (alcool)]	87
<i>Refresh Celluvisc</i> [carboxyméthylcellulose sodique]	85
<i>Refresh Lacri-Lube</i> [paraffine/huile minérale]	87
<i>Refresh plus</i> [carboxyméthylcellulose sodique]	85
<i>Refresh tears</i> [carboxyméthylcellulose sodique/ purite]	85
<i>Restasis</i> [cyclosporine]	85
<i>Restasis MultiDose</i> [cyclosporine]	85
<i>Sandoz Diclofenac Ophtha</i> [diclofénac sodique]	86
<i>Tears Naturelle II</i> [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70]	86
<i>Teva-Cyclosporine</i> [cyclosporine]	85
VERTÉPORFINE	87
<i>Visudyne</i> [vertéporfine]	87
<i>Voltaren Ophtha</i> [diclofénac sodique]	86

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

Refresh Celluvisc

Refresh plus

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE

Refresh tears

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

CYCLOSPORINE

Emuls. oph.

0,05 %

Restasis MultiDose

OP581

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, pendant une durée de traitement appropriée.

CYCLOSPORINE

Emuls. oph. (unidose)

0,05 % (0,4 mL)

Restasis

Teva-Cyclosporine

OP581

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, pendant une durée de traitement appropriée.

CODIFICATION - OP – Ophtalmologie

DICLOFÉNAC SODIQUE

Sol. Oph.

Apo-Diclofenac Ophthalmic

Diclofenac

JAMP Diclofenac

Mint-Diclofenac

Sandoz Diclofenac Ophtha

Voltaren Ophtha

OP38

Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

Alcon Tears

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70

Tears Naturelle II

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)

Acular

Acuvail

Ketorolac

OP38

Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;

PARAFFINE/HUILE MINÉRALE

Refresh Lacri-Lube

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

POLYVINYLIQUE (ALCOOL)

Refresh

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

VERTÉPORFINE

Visudyne

OP102

- ◆ Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50% 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;

RE – Système respiratoire

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

<i>Advair 125</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Advair 250</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Advair Diskus 100</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Advair Diskus 250</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Advair Diskus 500</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Anoro Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de)/uméclicinium (bromure d')]	97
<i>Atecura Breezhaler</i> [indacatérol (acétate d')/mométasone (furoate de)]	94
<i>Breo Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)]	96
<i>Breztri Aerosphere</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide/glycopyrronium (bromure de)]	94
DORNASE ALFA	93
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE	93
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)	94
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)	94
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)	94
INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)	95
<i>Inspiroto Respimat</i> [olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)]	95
MULTIVITAMINES	95
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)	95
<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Pulmozyme</i> [dornase alfa]	93
SALBUTAMOL (SULFATE DE)	95
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	96
<i>Symbicort 100 Turbuhaler</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide]	93
<i>Symbicort 200 Turbuhaler</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide]	93
<i>Trelegy Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de) / uméclicinium (bromure d') / fluticasone (furoate de)]	96
<i>Ultibro Breezhaler</i> [indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)]	95
<i>Ventolin Diskus</i> [salbutamol (sulfate de)]	95
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)	96
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)	96
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDIUM (BROMURE D')	97
<i>Wixela Inhub</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Zenhale</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone (furoate de)]	94

DORNASE ALFA

Pulmozyme

RE43

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;

Période d'autorisation : 3 mois

RE44

Lors d'un traitement de maintien, chez les personnes pour lesquelles une amélioration ou une stabilisation de l'état clinique est observée lors de l'utilisation de la dornase alfa. La durée d'autorisation est de 12 mois;

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE

Symbicort 100 Turbuhaler

Symbicort 200 Turbuhaler

RE172

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.

RE479

Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires.

CODIFICATION - RE – Système respiratoire

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Breztri Aerosphere

RE384

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 un agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
- qui reçoivent déjà un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

RE639

Pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes dont 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.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Zenhale

RE41

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 (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Aectura Breezhaler

RE41

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)

Ultibro Breezhaler

RE176

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.

MULTIVITAMINES

Caps. ou Co.

RE131

Pour les personnes souffrant de **fibrose kystique**;

*Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie **autre que la fibrose kystique**, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.*

MULTIVITAMINES

Co. Croq.

RE131

Pour les personnes souffrant de **fibrose kystique**;

*Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie **autre que la fibrose kystique**, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.*

OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)

Inspiolto Respimat

RE176

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.

SALBUTAMOL (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.

Ventolin Diskus

RE112

Pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus^{MC};

RE113

Pour le traitement des personnes qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen du dispositif Diskus^{MC};

CODIFICATION - RE – Système respiratoire

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Advair 125

Advair 250

Advair Diskus 100

Advair Diskus 250

Advair Diskus 500

Wixela Inhub

pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol

RE41

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;

RE172

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.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)

Trelegy Ellipta

RE384

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 un agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
- qui reçoivent déjà un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)

Breo Ellipta

RE41

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 (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)

Pd. pour Inh.

25 mcg - 100 mcg/dose

Breo Ellipta

RE172

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.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')

Anoro Ellipta

RE176

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.

SN – Système nerveux autonome ou central

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Acétate de glatiramère injectable [glatiramère (acétate de)]	110
ACH-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
ACH-Lacosamide [lacosamide]	114
ACT Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
Adderall XR [amphétamine (sels mixtes d')]	105
AG-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
AG-Lacosamide [lacosamide]	114
AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')	105
Apo-Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')]	105
Apo-Brivaracetam [brivaracétam]	105
Apo-Cabergoline [cabergoline]	105
Apo-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Apo-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Apo-Eslicarbazépine [eslicarbazépine (acétate d')]	108
Apo-Lisdexamfetamine [lisdexamfetamine (dimésylate de)]	115
Apo-Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
Apo-Modafinil [modafinil]	116
Apo-Oxcarbazépine [oxcarbazépine]	117
Apo-Rasagiline [rasagiline (mésylate de)]	118
Apo-Riluzole [riluzole]	118
Apo-Rivastigmine [rivastigmine]	118
Apo-Teriflunomide [tériflunomide]	120
Aptiom [eslicarbazépine (acétate d')]	108
Aricept [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Auro-Brivaracetam [brivaracétam]	105
Auro-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Auro-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Auro-Eslicarbazépine [eslicarbazépine (acétate d')]	108
Auro-Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)]	109
Auro-Lacosamide [lacosamide]	114
Auro-Modafinil [modafinil]	116
Auro-Rufinamide [rufinamide]	119
Avonex Pen [interféron bêta-1A]	112
Avonex PS [interféron bêta-1A]	112
Azilect [rasagiline (mésylate de)]	118
Banzel [rufinamide]	119
Betaseron [interféron bêta-1B]	113
Bio-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Biphentin [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
BRIVARACÉTAM	105
Brivlera [brivaracétam]	105
BUPRÉNORPHINE	105
CABERGOLINE	105
CÉNOBAMATE	106
Concerta [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)	106
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	107
Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)	107
Dostinex [cabergoline]	105
ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')	108
Exelon [rivastigmine]	118
Exelon Patch 10 [rivastigmine]	118
Exelon Patch 5 [rivastigmine]	118
Extavia [interféron bêta-1B]	113
Foquest [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA	108
Fycompa [pérampanel]	117
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)	109
Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)]	109
Glatect [glatiramère (acétate de) - (GLATECT)]	111
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)	110
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)	111
GLN-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
INTERFÉRON BÉTA-1A	112
INTERFÉRON BÉTA-1B	113

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

JAMP Cabergoline [cabergoline]	105
Jamp Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
JAMP Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
Jamp Modafinil [modafinil]	116
Jamp Rasagiline [rasagiline (mésylate de)]	118
Jamp Rivastigmine [rivastigmine]	118
JAMP Rivastigmine Capsules [rivastigmine]	118
Jamp Teriflunomide [térlflunomide]	120
Jamp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)]	107
Jamp-Donepezil Tablets [donépézi (chlorhydrate de)]	107
Jamp-Lacosamide [lacosamide]	114
Kesimpta (stylo) [ofatumumab]	117
LACOSAMIDE	114
Lacosamide [lacosamide]	114
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)	115
Mar-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Mar-Donepezil [donépézi (chlorhydrate de)]	107
Mar-Modafinil [modafinil]	116
Mar-Teriflunomide [térlflunomide]	120
Mayzent [siponimod (acide fumarique de)]	120
M-Donepezil [donépézi (chlorhydrate de)]	107
Med-Rivastigmine [rivastigmine]	118
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	115
Mint-Donepezil [donépézi (chlorhydrate de)]	107
Mint-Lacosamide [lacosamide]	114
Mint-Tizanidine [tizanidine (chlorhydrate de)]	120
MODAFINIL	116
Modafinil [modafinil]	116
M-Teriflunomide [térlflunomide]	120
Mylan-Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)]	109
Mylan-Riluzole [riluzole]	118
Mylan-Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine]	118
Mylan-Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine]	118
Nadryl 25 [diphenhydramine (chlorhydrate de)]	107
NAT-Teriflunomide [térlflunomide]	120
Neupro [rotigotine]	119
NRA-Donepezil [donépézi (chlorhydrate de)]	107
NRA-Lacosamide [lacosamide]	114
OCRÉLIZUMAB	116
Ocrevus [ocrélizumab]	116
OFATUMUMAB	117
OXCARBAZÉPINE	117
pdp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)]	107
PÉRAMPANEL	117
Pharma-Lacosamide [lacosamide]	114
pms-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
pms-Donepezil [donépézi (chlorhydrate de)]	107
pms-Methylphenidate CR [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
pms-Teriflunomide [térlflunomide]	120
Pro-Donepezil [donépézi (chlorhydrate de)]	107
Pro-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
RASAGILINE (MÉSYLATE DE)	118
Rebif [interféron bêta-1A]	112
Rilutek [riluzole]	118
RILUZOLE	118
Riva-Lacosamide [lacosamide]	114
RIVASTIGMINE	118
Rivastigmine [rivastigmine]	118
Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine]	118
Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine]	118
ROTIGOTINE	119
RUFINAMIDE	119
Sandoz Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')]	105
Sandoz Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Sandoz Donepezil [donépézi (chlorhydrate de)]	107
Sandoz Lacosamide [lacosamide]	114
Sandoz Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Sandoz Rivastigmine</i> [rivastigmine]	118
<i>Sandoz Rivastigmine Patch 10</i> [rivastigmine]	118
<i>Sandoz Rivastigmine Patch 5</i> [rivastigmine]	118
<i>Sandoz Teriflunomide</i> [tériflunomide]	120
SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)	120
<i>Sublocade</i> [buprénorphine]	105
<i>Taro-Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	107
<i>Taro-Perampanel</i> [pérampanel]	117
<i>Tecfidera</i> [diméthyle (fumarate de)]	106
TÉRIFLUNOMIDE	120
<i>Teva-Amphetamine XR</i> [amphétamine (sels mixtes d')]	105
<i>Teva-Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	107
<i>Teva-Lacosamide</i> [lacosamide]	114
<i>Teva-Lisdexamfetamine</i> [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
<i>Teva-Modafinil</i> [modafinil]	116
<i>Teva-Rasagiline</i> [rasagiline (mésylate de)]	118
<i>Teva-Teriflunomide</i> [tériflunomide]	120
<i>Tizanidine</i> [tizanidine (chlorhydrate de)]	120
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)	120
TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)	121
<i>Trileptal</i> [oxcarbazépine]	117
<i>Vimpat</i> [lacosamide]	114
<i>Vyalev</i> [foslévodopa/ foscabadopa]	108
<i>Vyvanse</i> [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
<i>Xcopri</i> [cénobamate]	106
<i>Xcopri (trousse de départ)</i> [cénobamate]	106
<i>ZDS-Lacosamide</i> [lacosamide]	114

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')

Adderall XR

Apo-Amphetamine XR

Sandoz Amphetamine XR

Teva-Amphetamine XR

SN280

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

BRIVARACÉTAM

Apo-Brivaracetam

Auro-Brivaracetam

Brivlera

SN156

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.

Note : L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.

BUPRÉNORPHINE

Sublocade

SN544

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.

CABERGOLINE

Apo-Cabergoline

Dostinex

JAMP Cabergoline

SN46

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

Note : La cabergoline demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant obtenu une autorisation et un remboursement dans les 365 jours précédant le 11 décembre 2025.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

CÉNOBAMATE

Xcopri

Xcopri (trousse de départ)

SN156

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 anticonvulsifs **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.

Note : L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticonvulsifs ne satisfait pas à l'indication de paiement.

DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)

ACH-Dimethyl Fumarate

Apo-Dimethyl Fumarate

Auro-Dimethyl Fumarate

GLN-Dimethyl Fumarate

Jamp Dimethyl Fumarate

Mar-Dimethyl Fumarate

Sandoz Dimethyl Fumarate

Tecfidera

pms-Dimethyl Fumarate

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Jamp-Diphenhydramine

Nadryl 25

pdp-Diphenhydramine

SN50

Pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques;

Note: Les diagnostics ou les justifications reliés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.

SN51

Pour le traitement adjuvant de la maladie de Parkinson;

Note: Les diagnostics ou les justifications reliés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)

AG-Donepezil

Apo-Donepezil

Aricept

Auro-Donepezil

Bio-Donepezil

Donepezil

Jamp-Donepezil Tablets

M-Donepezil

Mar-Donepezil

Mint-Donepezil

NRA-Donepezil

Pro-Donepezil

Sandoz Donepezil

Taro-Donepezil

Teva-Donepezil

pms-Donepezil

SN499

Pour la demande initiale du traitement en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou 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.

*Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépétil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'un mois pour permettre la transition entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.*

Période d'autorisation : 6 mois

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

SN500

Pour la poursuite du traitement, en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments suivants :

- 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, 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 12 mois

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')

Apo-Eslicarbazepine

Aptiom

Auro-Eslicarbazepine

SN156

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.

Note : L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.

FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA

Vyalev

SN700

Pour la demande initiale du 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 inconfortables 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.

Période d'autorisation : 4 mois

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

SN721

Pour la poursuite du traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé.

Le prescripteur doit être en mesure de 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.

Période d'autorisation : 12 mois

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)

Auro-Galantamine ER

Galantamine ER

Mylan-Galantamine ER

SN499

Pour la demande initiale du traitement en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 6 mois

SN500

Pour la poursuite du traitement, en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments suivants :

- 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, 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 12 mois

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)

Acétate de glatiramère injectable

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

Le médecin 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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^{MC}** ;
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et Extavia^{MC}**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)

Glactect

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

Le médecin 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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^{MC}** ;
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et Extavia^{MC}**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

INTERFÉRON BÊTA-1A

Avonex PS
Avonex Pen
Rebif

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN135

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques **progressive secondaire**, dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les personnes qui commencent un traitement avec l'**Avonex^{MC}** doivent présenter une sclérose en plaques progressive secondaire **avec poussées cliniques**.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par l'**absence de détérioration** et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- 30 mcg une fois par semaine pour l'**Avonex^{MC}**;
- 22 mcg trois fois par semaine pour le **Rebif^{MC}**.

Période d'autorisation : 12 mois

INTERFÉRON BÊTA-1A

Sol. Inj. I.M.

Avonex PS

Avonex Pen

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

Le médecin 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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^{MC} ;**
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et Extavia^{MC}.**

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

INTERFÉRON BÊTA-1B

Betaseron

Extavia

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

Le médecin 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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^{MC} ;**
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et Extavia^{MC}.**

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN135

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques **progressive secondaire**, dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les personnes qui commencent un traitement avec l'**Avonex^{MC}** doivent présenter une sclérose en plaques progressive secondaire **avec poussées cliniques**.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par l'**absence de détérioration** et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- 30 mcg une fois par semaine pour l'**Avonex^{MC}**;
- 22 mcg trois fois par semaine pour le **Rebif^{MC}**.

Période d'autorisation : 12 mois

LACOSAMIDE

ACH-Lacosamide
AG-Lacosamide
Auro-Lacosamide
Jamp-Lacosamide
Lacosamide
Mint-Lacosamide
NRA-Lacosamide

Pharma-Lacosamide
Riva-Lacosamide
Sandoz Lacosamide
Teva-Lacosamide
Vimpat
ZDS-Lacosamide

SN156

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.

Note : L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)

Caps.

Apo-Lisdexamfetamine
JAMP Lisdexamfetamine
Pro-Lisdexamfetamine

Sandoz Lisdexamfetamine
Teva-Lisdexamfetamine
Vyvanse

SN280

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

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Caps. L.A.

Biphentin
Foquest
pms-Methylphenidate CR

SN280

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

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A. (12 h)

ACT Methylphenidate ER
Concerta

SN280

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

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A. (12 heures)

Apo-Methylphenidate ER

SN280

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

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

MODAFINIL

Apo-Modafinil
Auro-Modafinil
Jamp Modafinil

Mar-Modafinil
Modafinil
Teva-Modafinil

SN62

Pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique;

Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.

SN63

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;

Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.

OCRÉLIZUMAB

Ocrevus

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN259

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 médecin devra fournir la preuve que le résultat sur l'échelle **EDSS demeure inférieur à 7**.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

OFATUMUMAB

Kesimpta (stylo)

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

OXCARBAZÉPINE

Apo-Oxcarbazepine

Trileptal

SN96

Pour le traitement de l'épilepsie;

SN97

Pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine;

PÉRAMPANEL

Fycompa

Taro-Perampanel

SN156

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.

Note : L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.

SN559

Pour le traitement d'appoint des personnes atteintes de crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques primaires réfractaires, c'est-à-dire à la suite de l'**échec** de deux médicaments anticrises **appropriés et tolérés** (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

Note : L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

RASAGILINE (MÉSULATE DE)

Apo-Rasagiline
Azilect
Jamp Rasagiline
Teva-Rasagiline

SN116

Pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie;

RILUZOLE

Apo-Riluzole
Mylan-Riluzole
Rilutek

SN53

Pour le traitement initial de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients non trachéotomisés qui présentent des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans et une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédite.

Période d'autorisation : 6 mois

SN55

Pour la poursuite du traitement de la sclérose latérale amyotrophique en l'absence d'une trachéotomie.

Période d'autorisation : 6 mois.

RIVASTIGMINE

Apo-Rivastigmine
Exelon
Exelon Patch 10
Exelon Patch 5
JAMP Rivastigmine Capsules
Jamp Rivastigmine
Med-Rivastigmine
Mylan-Rivastigmine Patch 10

Mylan-Rivastigmine Patch 5
Rivastigmine
Rivastigmine Patch 10
Rivastigmine Patch 5
Sandoz Rivastigmine
Sandoz Rivastigmine Patch 10
Sandoz Rivastigmine Patch 5

SN499

Pour la demande initiale du traitement en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 6 mois

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

SN500

Pour la poursuite du traitement, en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments suivants :

- 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, 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 12 mois

ROTIGOTINE

Neupro

SN579

En association avec la lévodopa, pour le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson au stade avancé.

SN580

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.

Note : **L'intolérance** à un autre agoniste dopaminergique ne satisfait pas à l'indication de paiement.

RUFINAMIDE

Auro-Rufinamide

Banzei

SN539

Pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Lennox-Gastaut lorsqu'**au moins trois médicaments anticrises** sont contre-indiqués, non tolérés ou inefficaces.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)

Mayzent

SN720

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.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg par jour.

Période d'autorisation : 12 mois

TÉRIFLUNOMIDE

Apo-Teriflunomide

Jamp Teriflunomide

M-Teriflunomide

Mar-Teriflunomide

NAT-Teriflunomide

Sandoz Teriflunomide

Teva-Teriflunomide

pms-Teriflunomide

SN134

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 médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'**absence de détérioration**. Le résultat sur l'échelle **EDSS doit demeurer inférieur à 7**.

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Mint-Tizanidine

Tizanidine

SN47

Pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;

TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)

SN52

Pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E;

Note : À titre d'exemples, la fibrose kystique, les cholestases et la dérivation bilio-pancréatique sont des conditions médicales qui entraînent une malabsorption de la vitamine E.

Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage dans le traitement de certaines maladies psychiatriques ou comme supplément à la diète pour son effet antioxydant ne satisfont pas aux indications de paiement.

VA – Varia

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

<i>Accel-Sevelamer</i> [sévélamer (carbonate de)]	134
<i>AG-Calcium Citrate Liquid</i> [calcium (citrate de)]	127
<i>AG-Calcium Citrate Liquid D 1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
<i>AG-Calcium Liquide</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
<i>AG-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>AG-Vitamin B12 ER</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Alfamino Junior</i> [formule nutritive - monomérique]	131
<i>Alimentum</i> [formule nutritive - hydrolysé de caséine (nourrissons et enfants)]	130
<i>Alta-B12</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Apo-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Auro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Beduzil</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Beduzil 1500</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Bio-Vitamine B12</i> [cyanocobalamine]	128
CALCIUM (CARBONATE DE)	127
CALCIUM (CITRATE DE)	127
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D	127
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)	128
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D	128
<i>CoaguChek XS PT Test</i> [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	133
<i>CoaguChek XS PT Test PST</i> [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	133
CYANOCOBALAMINE	128
DAPAGLIFLOZINE	129
<i>Enfamil A+ Enficare</i> [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)]	132
<i>EquaCare Jr (toutes saveurs)</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
<i>Essential Care Jr</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES	129
FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMERISÉ	129
FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE	129
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)	130
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)	130
FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO	130
FORMULE NUTRITIVE - MONOGEN NUTRICIA	130
<i>Formule nutritive - Monogen Nutricia</i> [formule nutritive - Monogen Nutricia]	130
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE	131
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)	131
FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)	132
FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE	132
<i>Forxiga</i> [dapagliflozine]	129
<i>GLN-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Glucal</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
<i>Grastek</i> [extrait allergénique de pollen de graminées]	129
<i>i-Vitamin B12 ER</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Jamp Calcium Citrate Liq. D400</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
<i>JAMP Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Jamp Lactogluconate Calcium</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128
<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128
<i>Jamp-Calcium Citrate liq</i> [calcium (citrate de)]	127
<i>Jamp-Calcium Citrate liq D1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
<i>Jamp-Vitamine B12</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Jamp-Vitamine B12 L.A.</i> [cyanocobalamine]	128
LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)	132
MAGNÉSIMUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')	133
<i>M-B12 1200 mcg L.A.</i> [cyanocobalamine]	128
<i>MCal Citrate liquide</i> [calcium (citrate de)]	127
<i>MCal Citrate liquide D1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
<i>MCal Citrate poudre</i> [calcium (citrate de)]	127
<i>MCal Citrate poudre D 1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
<i>M-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Modilac Expert Riz</i> [formule nutritive - hydrolysé de protéines végétales (nourrissons et enfants)]	130
<i>Nat-Lanthanum</i> [lanthane hydraté (carbonate de)]	132
<i>Neocate avec DHA et ARA</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
<i>Neocate Junior</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
<i>Neocate Junior avec fibres (toutes saveurs)</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
<i>Neocate Splash Junior (toutes saveurs)</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>NRA-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Nutramigen A+</i> [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)]	130
<i>Nutramigen A+ LGG</i> [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)]	130
<i>Opus Vitamine B12 L.A.</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Oracle</i> [réactif quantitatif du glucose dans le sang (Oracle)]	133
<i>Oralair</i> [extrait allergénique de pollen de graminées]	129
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE	133
<i>PediaSure Peptide 1 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Peptamen</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Peptamen 1.5</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Peptamen AF 1.2</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Peptamen avec Prebio 1</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Peptamen Junior</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Peptamen Junior 1.5</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Pivot 1.5 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Pluscal</i> [calcium (carbonate de)]	127
<i>pms-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Portagen</i> [formule nutritive - lait écrémé/ huile de coco]	130
<i>Pregestimil A+</i> [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)]	130
<i>Pro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Puramino A+</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
<i>Puramino A+ Junior</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)	133
RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG	133
<i>RenageI</i> [sévélamer (chlorhydrate de)]	134
<i>Renvela</i> [sévélamer (carbonate de)]	134
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Riva-Vitamine B12</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Sandoz Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)	134
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)	134
<i>Similac Neosure</i> [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)]	132
<i>SolCarb</i> [formule nutritive - glucose polymérisé]	129
<i>SoluCAL (toutes saveurs)</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
<i>SoluCAL D (toutes saveurs)</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128
<i>Solucal D+1000 (toutes saveurs)</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128
<i>Tolerex</i> [formule nutritive - monomérique]	131
<i>Triglycérides à chaîne moyenne</i> [formule nutritive - huile de coco fractionnée]	129
<i>Velphoro</i> [oxyhydroxyde suco-ferrique]	133
<i>Vital Peptide 1 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Vivonex Pédiatrique</i> [formule nutritive - monomérique]	131
<i>Vivonex Plus</i> [formule nutritive - monomérique]	131
<i>Vivonex T.E.N.</i> [formule nutritive - monomérique]	131

CALCIUM (CARBONATE DE)

Mousse orale

Pluscal

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)

Sol. Orale

AG-Calcium Citrate Liquid

Jamp-Calcium Citrate liq

MCal Citrate liquide

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)

Pd. Orale

MCal Citrate poudre

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Sol. Orale

AG-Calcium Citrate Liquid D 1000

Jamp Calcium Citrate Liq. D400

Jamp-Calcium Citrate liq D1000

MCal Citrate liquide D1000

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Pd. Orale

MCal Citrate poudre D 1000

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CODIFICATION - VA – Varia

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)

AG-Calcium Liquide
Gluco Cal
Jamp Lactogluconate Calcium
SoluCAL (toutes saveurs)

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D

Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400
SoluCAL D (toutes saveurs)
Solucal D+1000 (toutes saveurs)

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CYANOCOBALAMINE

Sol. Orale

Jamp-Vitamine B12

VA159

Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;

CYANOCOBALAMINE

Co. L.A.

AG-Vitamin B12 ER
Alta-B12
Beduzil
Beduzil 1500
Bio-Vitamine B12

Jamp-Vitamine B12 L.A.
M-B12 1200 mcg L.A.
Opus Vitamine B12 L.A.
Riva-Vitamine B12
i-Vitamin B12 ER

VA159

Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;

DAPAGLIFLOZINE

AG-Dapagliflozin
Apo-Dapagliflozin
Auro-Dapagliflozin
Forxiga
GLN-Dapagliflozin
JAMP Dapagliflozin

M-Dapagliflozin
NRA-Dapagliflozin
Pro-Dapagliflozin
Riva-Dapagliflozin
Sandoz Dapagliflozin
pms-Dapagliflozin

VA619

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.

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES

Grastek
Oralair

VA171

Pour le traitement des symptômes de rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.
La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen oraux est de 3 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.

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ

SolCarb

VA2

Pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives;

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE

Triglycérides à chaîne moyenne

VA5

Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;

CODIFICATION - VA – Varia

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Alimentum

Nutramigen A+

Nutramigen A+ LGG

Pregestimil A+

VA105

- ◆ Pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes de lait de vache. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation;
- ◆ Pour les nourrissons et les enfants qui ont besoin d'une alimentation sans lactose lors de galactosémie;
- ◆ Pour les nourrissons et les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves. Les résultats d'une réexposition aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

*Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le **service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement.*

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Modilac Expert Riz

VA599

- ◆ Pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes de lait de vache;
- ◆ Pour les nourrissons et les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves.

*Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le **service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.*

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO

Portagen

VA5

Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;

FORMULE NUTRITIVE - MONOGEN NUTRICIA

Formule nutritive - Monogen Nutricia

VA5

Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE

Alfamino Junior
Tolerex
Vivonex Plus
Vivonex Pédiatrique
Vivonex T.E.N.

VA98

- ◆ Pour l'alimentation entérale ;
- ◆ Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;
- ◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;
- ◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)

EquaCare Jr (toutes saveurs)
Essential Care Jr
Neocate Junior
Neocate Junior avec fibres (toutes saveurs)

Neocate Splash Junior (toutes saveurs)
Neocate avec DHA et ARA
Puramino A+
Puramino A+ Junior

VA136

Pour les nourrissons ou les enfants souffrant de l'un ou l'autre des problèmes suivants :

- une allergie aux protéines intactes de lait de vache;
- une allergie aux protéines de soya;
- une allergie à de multiples protéines alimentaires;
- une diarrhée persistante;
- un trouble gastro-intestinal grave;

et chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales n'a pas réussi à éliminer les symptômes;

*Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le **service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales, ou aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.*

Période d'autorisation : 12 mois.

VA137

Pour les nourrissons ou les enfants ayant des troubles gastro-intestinaux majeurs, dont la cause confirmée est une **allergie aux protéines bovines** et dont l'état a nécessité une **hospitalisation**;

*Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le **service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales, ou aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.*

Période d'autorisation : 12 mois

CODIFICATION - VA – Varia

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)

Enfamil A+ Enfacare
Similac Neosure

VA104

Pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins. Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance;

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE

PediaSure Peptide 1 Cal
Peptamen
Peptamen 1.5
Peptamen AF 1.2
Peptamen Junior

Peptamen Junior 1.5
Peptamen avec Prebio 1
Pivot 1.5 Cal
Vital Peptide 1 Cal
Vital Peptide 1.5 Cal

VA98

- ◆ Pour l'alimentation entérale ;
- ◆ Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;
- ◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;
- ◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;

LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)

Nat-Lanthanum

VA109

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 lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')

VA59

Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave;

Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage comme antiacide ne satisfont pas aux indications de paiement.

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE

Velphoro

VA109

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 lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévéramer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)

Oracle

VA543

Pour la mesure de la glycémie chez la personne diabétique ayant une déficience visuelle, c'est-à-dire qu'elle est de façon permanente incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familier ou d'effectuer des activités liées à ses habitudes de vie ou à ses rôles sociaux.

Toutefois, le réactif quantitatif du glucose dans le sang **Oracle^{MC}** demeure couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées l'ayant utilisé au cours des 3 mois précédant le **3 février 2021**.

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG

CoaguChek XS PT Test

CoaguChek XS PT Test PST

VA541

Pour la mesure du rapport international normalisé (RIN) chez les personnes qui requièrent une anticoagulation orale de longue durée avec un antagoniste de la vitamine K et qui effectuent ce suivi à l'aide d'un coagulomètre **dont ils sont propriétaires**, selon une des options suivantes :

- **autosurveillance** : le patient effectue une mesure du RIN et transmet le résultat à un professionnel de la santé qui ajuste ou non la dose de l'antagoniste de la vitamine K;
- **autocontrôle** : le patient effectue une mesure du RIN, interprète le résultat et, au besoin, ajuste lui-même la dose de l'antagoniste de la vitamine K selon un algorithme.

Note : Le code ne doit pas être apposé si le RIN est mesuré par une tierce personne propriétaire de l'appareil. (exemples :

- *personnel infirmier;*
- *pharmacien;*
- *propriétaire d'une résidence privée pour aînés).*

CODIFICATION - VA – Varia

SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)

Accel-Sevelamer

Renvela

VA109

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 lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)

Renagel

VA109

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 lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

AA-Adefovir [adéfovir dipivoxil]	7
Accel-Sevelamer [sévélamer (carbonate de)]	134
Acétate de glatiramère injectable [glatiramère (acétate de)]	110
ACH-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
ACH-Lacosamide [lacosamide]	114
ACH-Sitagliptin [sitagliptine]	52
ACIDE OBÉTICHOLOQUE	57
Acide zolédronique injectable [zolédronique (acide)]	79
Acide zolédronique pour injection [zolédronique (acide)]	79
Acide zolédronique-Z [zolédronique (acide)]	79
Aclasta [zolédronique (acide)]	79
ACT Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	37
Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	37
Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	37
Acular [kétorolac (trométhamine de)]	86
Acuvail [kétorolac (trométhamine de)]	86
Adderall XR [amphétamine (sels mixtes d')]	105
ADÉFOVIR DIPIVOXIL	7
Advair 125 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
Advair 250 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
Advair Diskus 100 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
Advair Diskus 250 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
Advair Diskus 500 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
AG-Calcium Citrate Liquid [calcium (citrate de)]	127
AG-Calcium Citrate Liquid D 1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
AG-Calcium Liquide [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine]	15
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine]	46
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine]	129
AG-Donpezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
AG-Lacosamide [lacosamide]	114
AG-Sennosides enrobé [sennosides A & B]	60
AG-Sitagliptin [sitagliptine]	52
AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
AG-Ticagrelor [ticagrélor]	18
AG-Vitamin B12 ER [cyanocobalamine]	128
Alcon Tears [hydroxypropylméthylcellulose]	86
Alfamino Junior [formule nutritive - monomérique]	131
Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Algisite M 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Alimentum [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)]	130
Allewyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Allewyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Allewyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Allewyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')	45
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	45
<i>Alta-B12 [cyanocobalamine]</i>	128
<i>Alta-Senna [sennosides A & B]</i>	60
<i>AMB-Bisacodyl [bisacodyl]</i>	57
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')	15
AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')	105
<i>Anoro Ellipta [vilantérol (trifénate de)/umécliclinium (bromure d')]</i>	97
<i>Apo-Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')]</i>	105
<i>Apo-Brivaracetam [brivaracétam]</i>	105
<i>Apo-Cabergoline [cabergoline]</i>	105
<i>Apo-Colesevelam [colésévélam (chlorhydrate de)]</i>	15
<i>Apo-Dabigatran [dabigatran etexilate]</i>	15
<i>Apo-Dapagliflozin [dapagliflozine]</i>	15
<i>Apo-Dapagliflozin [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]</i>	16
<i>Apo-Dapagliflozin [dapagliflozine]</i>	46
<i>Apo-Dapagliflozin [dapagliflozine]</i>	129
<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]</i>	46
<i>Apo-Diclofenac Ophthalmic [diclofénac sodique]</i>	86
<i>Apo-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]</i>	106
<i>Apo-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]</i>	107
<i>Apo-Eslicarbazepine [eslicarbazépine (acétate d')]</i>	108
<i>Apo-Linezolid [linezolide]</i>	9
<i>Apo-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)]</i>	115
<i>Apo-Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)]</i>	115
<i>Apo-Mirabegron [mirabegron]</i>	65
<i>Apo-Modafinil [modafinil]</i>	116
<i>Apo-Oxcarbazepine [oxcarbazépine]</i>	117
<i>Apo-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)]</i>	49
<i>Apo-Rasagiline [rasagiline (mésylate de)]</i>	118
<i>Apo-Riluzole [riluzole]</i>	118
<i>Apo-Rivastigmine [rivastigmine]</i>	118
<i>Apo-Saxagliptin [saxagliptine]</i>	51
<i>Apo-Sitagliptin [sitagliptine]</i>	52
<i>Apo-Sitagliptin Malate [sitagliptine]</i>	52
<i>Apo-Sitagliptin/Metformin XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]</i>	52
<i>Apo-Sitagliptine Metformine [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]</i>	52
<i>Apo-Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]</i>	52
<i>Apo-Teriflunomide [tériflunomide]</i>	120
<i>Apo-Ticagrelor [ticagrélol]</i>	18

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Aptiom</i> [eslicarbazépine (acétate d')]	108
<i>Aquacel AG</i> (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel AG</i> (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel AG</i> (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Extra</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Extra</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Extra</i> (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Extra</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Foam</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Foam</i> (10 cm x 10 cm - 49 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Aquacel Ag Foam</i> (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Aquacel Ag Foam</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Foam</i> (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Foam</i> (17 cm x 20 cm - 115 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Foam</i> (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Aquacel Ag Foam</i> (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Foam</i> (21 cm x 21 cm - 289 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Aquacel Ag Foam</i> (25 cm x 30 cm - 456 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Aquacel Ag Foam</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag Foam</i> (8 cm x 8 cm - 32 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Aquacel Ag+Extra</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag+Extra</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag+Extra</i> (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Ag+Extra</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Aquacel Burn hydrofiber</i> (23 cm x 30 cm - 690 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Extra hydrofiber</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Extra hydrofiber</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Extra hydrofiber</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Foam</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Foam</i> (10 cm x 10 cm - 49 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Foam</i> (10 cm x 20 cm - 90 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (10 cm x 25 cm - 120 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (10 cm x 30 cm - 150 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Foam</i> (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Foam</i> (16,9 cm x 20 cm - 115 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Foam</i> (21 cm x 21 cm - 289 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (25 cm x 30 cm - 456 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel Foam</i> (8 cm x 8 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam Pro</i> (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam Pro</i> (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam Pro</i> (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam Pro</i> (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Foam Pro</i> (8 cm x 8 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Aquacel Hydrofiber</i> (1 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel hydrofiber</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel hydrofiber</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel hydrofiber</i> (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Aquacel hydrofiber</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Arazlo</i> [tazarotène]	39
<i>Aricept</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	107
<i>Atecura Breezhaler</i> [indacatérol (acétate d')/mométasone (furoate de)]	94
<i>Auro-Brivaracetam</i> [brivaracétam]	105
<i>Auro-Canagliflozin</i> [canagliflozine]	45
<i>Auro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>Auro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Auro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Auro-Dapagliflozin/Metformin</i> [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]	46
<i>Auro-Dimethyl Fumarate</i> [diméthyle (fumarate de)]	106
<i>Auro-Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	107
<i>Auro-Eslicarbazepine</i> [eslicarbazépine (acétate d')]	108

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Auro-Feboxostat</i> [feboxostat]	79
<i>Auro-Galantamine ER</i> [galantamine (bromhydrate de)]	109
<i>Auro-Lacosamide</i> [lacosamide]	114
<i>Auro-Modafinil</i> [modafinil]	116
<i>Auro-Rufinamide</i> [rufinamide]	119
<i>Auro-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Avonex Pen</i> [interféron bêta-1A]	112
<i>Avonex Pen</i> [interféron bêta-1A]	113
<i>Avonex PS</i> [interféron bêta-1A]	112
<i>Avonex PS</i> [interféron bêta-1A]	113
AZÉLAÏQUE (ACIDE)	29
<i>Azilect</i> [rasagiline (mésylate de)]	118
<i>Banzel</i> [rufinamide]	119
<i>Beduzil</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Beduzil 1500</i> [cyanocobalamine]	128
<i>Betaseron</i> [interféron bêta-1B]	113
<i>Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 123 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Ag Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Biatain Alginate (3 cm x 44 cm)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (25 cm x 25 cm - 289 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
<i>Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Non-Border (12,5 cm x 12,5 cm - 156.25 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7,5 cm - 37.5 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>Bio-Donépezil</i> [donépezil (chlorhydrate de)]	107
<i>Bio-Sennosides</i> [sennosides A & B]	60

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Bio-Vitamine B12 [cyanocobalamine]	128
Biphentin [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
BISACODYL	57
Bisacodyl [bisacodyl]	57
Bisacodyl Suppository [bisacodyl]	57
Bisacodyl Suppository 5 mg [bisacodyl]	57
Bisacodyl-Odan [bisacodyl]	57
Breo Ellipta [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)]	96
Breo Ellipta [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)]	97
Breztri Aerosphere [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide/glycopyrronium (bromure de)]	94
Brilinta [ticagrélor]	18
BRIVARACÉTAM	105
Brivlera [brivaracétam]	105
BUPRÉNORPHINE	105
CABERGOLINE	105
CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)	29
CALCIUM (CARBONATE DE)	127
CALCIUM (CITRATE DE)	127
CALCIUM (CITRATE DE)	127
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D	127
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D	127
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)	128
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D	128
Camzyos [mavacamten]	16
CANAGLIFLOZINE	45
Cancidas [caspofongine (acétate de)]	7
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE	85
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE	85
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)	7
Caspofongine pour injection [caspofoingine (acétate de)]	7
CÉNOBAMATE	106
CHORIOGONADOTROPINE ALPHA	71
Climara -50 [estradiol-17B]	71
Climara-25 [estradiol-17B]	71
Climara-75 [estradiol-17B]	71
CoaguChek XS PT Test [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	133
CoaguChek XS PT Test PST [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	133
COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)	15
COLLAGÉNASE	29
Collagénase [collagénase]	29
Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Comfeel Plus Sacrum (18 cm x 20 cm - 180 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (5 cm x 15 cm - 75 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (5 cm x 25 cm - 125 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (5 cm x 7 cm - 35 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (9 cm x 14 cm - 126 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Transparent (9 cm x 25 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Comfilax [polyéthylène glycol]	59
Concerta [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
Cresemba [isavuconazole]	8
Crinone [progestérone]	73
Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
CYANOCOBALAMINE	128
CYANOCOBALAMINE	128
CYCLOSPORINE	85
CYCLOSPORINE	85
DABIGATRAN ETEXILATE	15
DAPAGLIFLOZINE	15
DAPAGLIFLOZINE	46
DAPAGLIFLOZINE	129
DAPAGLIFLOZINE (INSUFFISANCE CARDIAQUE, FRACTION D'ÉJECTION >40%)	16
DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	46
Diclofenac [diclofénac sodique]	86
DICLOFÉNAC SODIQUE	86
Difficid [fidaxomicine]	8
Diflucan [fluconazole]	8
DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)	106
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)	107
DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)	16
Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)	107
DORNASE ALFA	93
Dostinex [cabergoline]	105
Dovobet [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
Dovobet Gel [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
DuoBrii [halobétasol (propionate d')/tazarotène]	29
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Elidel [pimécrolimus]	38
Emolax [polyéthylène glycol]	59
Emolax (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol]	59
EMPAGLIFLOZINE	47
EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	47
Endometrin [progestérone]	73
Enfamil A+ Enfacare [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)]	132
Enstilar [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
Entresto [sacubitril/valsartan]	18
EquaCare Jr (toutes saveurs) [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
Erivedge [vismodegib]	40
ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')	108
Essential Care Jr [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
Estalis 140/50 [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)]	71
Estalis 250/50 [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)]	71
ESTRADIOL-17B	71
ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	71
Estradot [estradiol-17B]	71
Euro-Senna [sennosides A & B]	60
Exelon [rivastigmine]	118
Exelon Patch 10 [rivastigmine]	118
Exelon Patch 5 [rivastigmine]	118
Extavia [interféron bêta-1B]	113
EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES	129
Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
FEBUXOSTAT	79
Febuxostat [febuxostat]	79
FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)	65
FIDAXOMICINE	8
Finacea [azélaïque (acide)]	29
Fleet Huileux [huile minérale]	58
Fleet Pédiatrique [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium]	58
FLUCONAZOLE	8
Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
FOLLITROPINE ALPHA	71
FOLLITROPINE BÊTA	72
FOLLITROPINE DELTA	72
Foquest [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE	93
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)	94
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)	94
FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ	129
FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE	129
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)	130
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)	130
FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO	130
FORMULE NUTRITIVE - MONOGEN NUTRICIA	130
Formule nutritive - Monogen Nutricia [formule nutritive - Monogen Nutricia]	130
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE	131
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)	131
FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)	132
FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE	132

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Forxiga [dapagliflozine]	15
Forxiga [dapagliflozine]	46
Forxiga [dapagliflozine]	129
FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA	108
Fycompa [pérampanel]	117
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)	109
Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)]	109
Glatect [glatiramère (acétate de) - (GLATECT)]	111
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)	110
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)	111
GLIMÉPIRIDE	47
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine]	15
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine]	46
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine]	129
GLN-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Glucocal [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
GLYCÉRINE	57
GONADOTROPHINE CHORIONIQUE	72
Gonadotrophine Chorionique [gonadotrophine chorionique]	72
GONADOTROPHINES	72
Gonal-f [folitropine alpha]	71
Grastek [extrait allergénique de pollen de graminées]	129
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE	29
Hepsera [adéfovir dipivoxil]	7
HUILE MINÉRALE	58
Huile Minérale [huile minérale]	58
Humalog Mix 25 [insuline lispro/ insuline lispro protamine]	48
Humalog Mix 25 KwikPen [insuline lispro/ insuline lispro protamine]	48
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE	86
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70	86
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)	94
INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)	95
Inspiroto Respiromat [olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)]	95
INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE	47
INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE	48
INTERFÉRON BÉTA-1A	112
INTERFÉRON BÉTA-1A	113
INTERFÉRON BÉTA-1B	113
Invokana [canagliflozine]	45
Iodosorb [pansement antimicrobien - iode]	35
ISAVUCONAZOLE	8
i-Vitamin B12 ER [cyanocobalamine]	128
JAMP Cabergoline [cabergoline]	105
Jamp Calcium Citrate Liq. D400 [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
JAMP Canagliflozin [canagliflozine]	45
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine]	15
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine]	46
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine]	129
JAMP Diclofenac [diclofénac sodique]	86
Jamp Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Jamp Lactogluconate Calcium [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000 [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400 [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128
Jamp Linezolid [linezolid]	9
JAMP Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
Jamp Modafinil [modafinil]	116
JAMP Pentoxifylline SR [pentoxifylline]	17
Jamp Prasugrel [prasugrel]	17
Jamp Rasagiline [rasagiline (mésylate de)]	118
Jamp Rivastigmine [rivastigmine]	118
JAMP Rivastigmine Capsules [rivastigmine]	118
Jamp Sitagliptin [sitagliptine]	52
JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
Jamp Teriflunomide [térlunomide]	120
JAMP Ticagrelor [ticagrélor]	18

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

JAMP Trosipium [trosipium (chlorure de)]	65
Jamp Voriconazole [voriconazole]	10
Jamp-Bisacodyl [bisacodyl]	57
Jamp-Calcium Citrate liq [calcium (citrate de)]	127
Jamp-Calcium Citrate liq D1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
Jamp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)]	107
Jamp-Donpezil Tablets [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Jamp-Febuxostat [febuxostat]	79
Jamp-Lacosamide [lacosamide]	114
Jamp-Lactulose [lactulose]	58
Jamplyte (280g) [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)]	59
Jamp-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
Jamp-Senna [sennosides A & B]	60
Jamp-Sennosides Enrobé [sennosides A & B]	60
Jamp-Vitamine B12 [cyanocobalamine]	128
Jamp-Vitamine B12 L.A. [cyanocobalamine]	128
Jamp-Zoledronic Acid [zoledronique (acide)]	79
Janumet [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
Janumet XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
Januvia [sitagliptine]	52
Jardiance [empagliflozine]	47
Jentaduo [linagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	48
Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kaltostat 40 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kazano [alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)]	45
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 20,3cm-207 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kerracel (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Kesimpta (stylo) [ofatumumab]	117
Ketorolac [kétorolac (trométhamine de)]	86
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	86
Komboglyze [saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	51
LACOSAMIDE	114
Lacosamide [lacosamide]	114
LACTULOSE	58
Lactulose [lactulose]	58
Lait de Magnésie [magnésium (hydroxyde de)]	58
LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)	132
Lax-A NEMA [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium]	58
Lax-A Senna [sennosides A & B]	60
Lax-A-Day Pharma [polyéthylène glycol]	59
LINAGLIPTINE	48
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	48
Linezolid Injection [linezolid]	9
LINEZOLIDE	9
LINEZOLIDE	9
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)	115
Lodalís [colésévélam (chlorhydrate de)]	15
MAGNÉSIMUM (HYDROXYDE DE)	58

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D').....	133
Mar-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Mar-Donpezil [donépétil (chlorhydrate de)]	107
Mar-Febuxostat [febuxostat]	79
Mar-Modafinil [modafinil]	116
Mar-Teriflunomide [térlflunomide]	120
Mar-Trospium [trospium (chlorure de)]	65
MAVACAMTEN.....	16
Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm ²) [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm ²) [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm) [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Mayzent [siponimod (acide fumarique de)]	120
M-B12 1200 mcg L.A. [cyanocobalamine]	128
MCal Citrate liquide [calcium (citrate de)]	127
MCal Citrate liquide D1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
MCal Citrate poudre [calcium (citrate de)]	127
MCal Citrate poudre D 1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D]	127
M-Dapagliflozin [dapagliflozine]	15
M-Dapagliflozin [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
M-Dapagliflozin [dapagliflozine]	46
M-Dapagliflozin [dapagliflozine]	129
M-Donpezil [donépétil (chlorhydrate de)]	107
Med-Rivastigmine [rivastigmine]	118
Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Melgisorb Plus 45 cm [pansement absorbant - fibres géllfiantes]	30
Menopur [gonadotrophines]	72
Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (15 cm x 25 cm - 99 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Mepilex Up (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex Up (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm ²) [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Mesalt (1 m) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	115
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	115
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	115
M-Feboxostat [febuxostat]	79
Mint-Diclofenac [diclofénac sodique]	86
Mint-Donpezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Mint-Lacosamide [lacosamide]	114
Mint-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
Mint-Sitagliptin [sitagliptine]	52
Mint-Tizanidine [tizanidine (chlorhydrate de)]	120
MIRABEGRON	65
MODAFINIL	116
Modafinil [modafinil]	116
Modilac Expert Riz [formule nutritive - hydrolysats de protéines végétales (nourrissons et enfants)]	130
M-Peg 3350 [polyéthylène glycol]	59
M-Senna 8,6 mg [sennosides A & B]	60
M-Sennosides 8,6 mg [sennosides A & B]	60
M-Teriflunomide [térfiflunomide]	120
M-Ticagrelor [ticagrélor]	18
MULTIVITAMINES	95
MULTIVITAMINES	95
Mylan-Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)]	109
Mylan-Riluzole [riluzole]	118
Mylan-Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine]	118
Mylan-Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine]	118
Myrbetriq [mirabegron]	65
Nadryl 25 [diphényldramine (chlorhydrate de)]	107
Nat-Lanthanum [lanthane hydraté (carbonate de)]	132
NAT-Sitagliptin [sitagliptine]	52
NAT-Teriflunomide [térfiflunomide]	120
Neocate avec DHA et ARA [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
Neocate Junior [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
Neocate Junior avec fibres (toutes saveurs) [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
Neocate Splash Junior (toutes saveurs) [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
Nesina [alogliptine (benzoate d')]	45
Neupro [rotigotine]	119
NORA Senna [sennosides A & B]	60
Nora Sennosides [sennosides A & B]	60
NovoMix30 [insuline aspartate/ insuline aspartate protamine]	47
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine]	15
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine]	46
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine]	129
NRA-Donpezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
NRA-Lacosamide [lacosamide]	114
Nutramigen A+ [formule nutritive - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)]	130
Nutramigen A+ LGG [formule nutritive - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)]	130
Ocaliva [acide obéticholique]	57

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

OCRÉLIZUMAB	116
Ocrevus [ocrélizumab]	116
Oesclim 25 [estradiol-17B]	71
Oesclim 50 [estradiol-17B]	71
OFATUMUMAB	117
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TITROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)	95
Orglyza [saxagliptine]	51
Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	36
Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Opus Senna [sennosides A & B]	60
Opus Sennosides Enrobé [sennosides A & B]	60
Opus Vitamine B12 L.A. [cyanocobalamine]	128
Oracle [réactif quantitatif du glucose dans le sang (Oracle)]	133
Oralair [extrait allergénique de pollen de graminées]	129
Ovidrel [choriogonadotropine alpha]	71
OXCARBAZÉPINE	117
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE	133
Pansement à l'alginate de calcium 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Pansement à l'alginate de calcium 60 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Pansement à l'alginate de calcium 90 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM	30
PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES	30
PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION	31
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES	32
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION	33
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT	34
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE	35
PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT	36
PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ	37
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	37
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE	38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	37
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE	38
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE	87
pdp-AMLODIPINE [amlodipine (bésylate d')]	15
pdp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)]	107
PediaSure Peptide 1 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
Peg 3350 [polyéthylène glycol]	59
Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol]	59
PegLyte (280 g) [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)]	59
PENTOXIFYLLINE	17
Pentoxifylline SR [pentoxifylline]	17
Peptamen [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
Peptamen 1.5 [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
Peptamen AF 1.2 [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
Peptamen avec Prebio 1 [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
Peptamen Junior [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
Peptamen Junior 1.5 [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
PÉRAMPANEL	117
Pharma-Lacosamide [lacosamide]	114
Pharma-Lactulose [lactulose]	58
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM	58
PIMÉCROLIMUS	38
Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)	49
Pivot 1.5 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
Pluscal [calcium (carbonate de)]	127
pms-Dapagliflozin [dapagliflozine]	15

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>pms-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
<i>pms-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>pms-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>pms-Dimethyl Fumarate</i> [diméthyle (fumarate de)]	106
<i>pms-Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	107
<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>pms-Lactulose</i> [lactulose]	58
<i>pms-Lactulose-Pharma</i> [lactulose]	58
<i>pms-Methylphenidate CR</i> [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	115
<i>pms-Sacubitril-Valsartan</i> [sacubitril/valsartan]	18
<i>pms-Sennosides</i> [sennosides A & B]	60
<i>pms-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>pms-Teriflunomide</i> [térfilunomide]	120
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL	59
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)	59
POLYVINYLIQUE (ALCOOL)	87
<i>Portagen</i> [formule nutritive - lait écrémé/ huile de coco]	130
<i>Pradaxa</i> [dabigatran etexilate]	15
PRASUGREL	17
<i>Pregestimil A+</i> [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)]	130
<i>Pregnyl</i> [gonadotrophine chorionique]	72
<i>Pro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>Pro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
<i>Pro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Pro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129
<i>Pro-Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	107
PROGESTÉRON	73
PROGESTÉRON	73
<i>Pro-Lisdexamfetamine</i> [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
<i>Pro-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Pro-Sitagliptin Malate</i> [sitagliptine]	52
<i>Pro-Sitagliptin Malate/Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Pro-Sitagliptin-Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Protopic</i> [tacrolimus]	38
<i>PRZ-Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
PSYLLIUM (MUCILAGE DE)	59
<i>Pulmozyme</i> [dornase alfa]	93
<i>Puramino A+</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
<i>Puramino A+ Junior</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	131
<i>Puregon</i> [folitropine bêta]	72
RASAGILINE (MÉSULATE DE)	118
<i>ratio-Lactulose</i> [lactulose]	58
RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)	133
RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG	133
<i>Rebif</i> [interféron bêta-1A]	112
<i>Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Refresh</i> [polyvinyle (alcool)]	87
<i>Refresh Celluvisc</i> [carboxyméthylcellulose sodique]	85
<i>Refresh Lacri-Lube</i> [paraffine/huile minérale]	87
<i>Refresh plus</i> [carboxyméthylcellulose sodique]	85
<i>Refresh tears</i> [carboxyméthylcellulose sodique/ purite]	85
<i>Rekovel</i> [folitropine delta]	72
<i>Relaxa</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Relaxa (30 sachets de 17 grammes)</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Renage</i> [sévélamer (chlorhydrate de)]	134
<i>Renvela</i> [sévélamer (carbonate de)]	134
<i>Restasis</i> [cyclosporine]	85
<i>Restasis MultiDose</i> [cyclosporine]	85
<i>Retin-A</i> [trétinoïne]	39
<i>Rilutek</i> [riluzole]	118
RILUZOLE	118
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	15
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	129

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Riva-Lacosamide [lacosamide]	114
Riva-Senna [sennosides A & B]	60
RIVASTIGMINE	118
Rivastigmine [rivastigmine]	118
Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine]	118
Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine]	118
Riva-Vitamine B12 [cyanocobalamine]	128
Rosiglitazone [rosiglitazone (maléate de)]	50
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)	50
ROTIGOTINE	119
RUFINAMIDE	119
SACUBITRIL/VALSARTAN	18
SALBUTAMOL (SULFATE DE)	95
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	96
Sandoz Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')]	105
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine]	15
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine (insuffisance cardiaque, fraction d'éjection >40%)]	16
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine]	46
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine]	129
Sandoz Diclofenac Ophtha [diclofénac sodique]	86
Sandoz Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	106
Sandoz Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Sandoz Estradiol Derm 100 [estradiol-17B]	71
Sandoz Estradiol Derm 50 [estradiol-17B]	71
Sandoz Estradiol Derm 75 [estradiol-17B]	71
Sandoz Fesoterodine Fumarate [fésotérodine (fumarate de)]	65
Sandoz Glimepiride [glimépiride]	47
Sandoz Lacosamide [lacosamide]	114
Sandoz Linezolid [linezolide]	9
Sandoz Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
Sandoz Rivastigmine [rivastigmine]	118
Sandoz Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine]	118
Sandoz Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine]	118
Sandoz Sacubitril-Valsartan [sacubitril/valsartan]	18
Sandoz Saxagliptin [saxagliptine]	51
Sandoz Sitagliptin [sitagliptine]	52
Sandoz Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
Sandoz Sitagliptin-Metformin XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
Sandoz Teriflunomide [térfiflunomide]	120
Sandoz Voriconazole [voriconazole]	10
Santyl [collagénase]	29
SAXAGLIPTINE	51
SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	51
Senna [sennosides A & B]	60
Sennalax [sennosides A & B]	60
Sennalax Forte [sennosides A & B]	60
Sennosides [sennosides A & B]	60
SENNOSIDES A & B	60
SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)	134
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)	134
Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm - 121 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	34
Similac Neosure [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)]	132
SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)	120
Sitagliptin [sitagliptine]	52
Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
SITAGLIPTINE	52
SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	52
Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
SolCarb [formule nutritive - glucose polymérisé]	129
SoluCAL (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	128
SoluCAL D (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Solucal D+1000 (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	128
Sublocade [buprénorphine]	105
Symbicort 100 Turbuhaler [formotérol dihydraté (fumarate de) / budésonide]	93
Symbicort 200 Turbuhaler [formotérol dihydraté (fumarate de) / budésonide]	93
Synjardy [empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)]	47
TACROLIMUS	38
Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
Taro-Dipyridamole/ASA [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)]	16
Taro-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Taro-Perampanel [pérampanel]	117
Taro-Sitagliptin Fumarate [sitagliptine]	52
Taro-Ticagrelor [ticagrélor]	18
TAZAROTÈNE	39
Tears Naturelle II [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70]	86
Tecfidera [diméthyle (fumarate de)]	106
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm ² [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm ² [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm ² [pansement interface - polyamide ou silicone]	38
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm ² [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm ² [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm ² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm ² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
TÉRIFLUNOMIDE	120
Teva-Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')]	105
Teva-Betamethasone/Calcipotriol [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)]	29
Teva-Cyclosporine [cyclosporine]	85
Teva-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)]	107
Teva-Febuxostat [febuxostat]	79
Teva-Lacosamide [lacosamide]	114
Teva-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
Teva-Modafinil [modafinil]	116
Teva-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
Teva-Rasagiline [rasagiline (mésylate de)]	118
Teva-Sitagliptin Malate [sitagliptine]	52
Teva-Sitagliptin malate / Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
Teva-Teriflunomide [tériflunomide]	120
Teva-Tobramycin [tobramycine (sulfate de)]	9
TICAGRÉLOR	18
Tizanidine [tizanidine (chlorhydrate de)]	120
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)	120
Tobi [tobramycine (sulfate de)]	9
Tobi Podhaler [tobramycine (sulfate de)]	10
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	9
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	10
TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)	121
Tolerex [formule nutritive - monomérique]	131
Toviaz [fésotérodine (fumarate de)]	65
Trajenta [linagliptine]	48
Trelegy Ellipta [vilantérol (trifénate de) / uméclicinium (bromure d') / fluticasone (furoate de)]	96
TRÉTINOÏNE	39
TRÉTINOÏNE	39
Triglycérides à chaîne moyenne [formule nutritive - huile de coco fractionnée]	129
Trileptal [oxcarbazépine]	117
TROSPIMUM (CHLORURE DE)	65

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Ultibro Breezhaler</i> [indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)]	95
<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	33
<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	31
<i>UrgoTul Ag(10 cm x 12 cm - 120 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>UrgoTul Ag(15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	34
<i>Velphoro</i> [oxyhydroxyde sucro-ferrique]	133
<i>Ventolin Diskus</i> [salbutamol (sulfate de)]	95
<i>Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	32
<i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Versiva XC Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Versiva XC Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
<i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	30
VERTÉPORFINE	87
<i>Vfend</i> [voriconazole]	10
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)	96
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)	96
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)	97
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')	97
<i>Vimpat</i> [lacosamide]	114
VISMODEGIB	40
<i>Visudyne</i> [vertéporfine]	87
<i>Vital Peptide 1 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	132
<i>Vitamin A Acid Gel Doux</i> [trétinoïne]	39
<i>Vivonex Pédiatrique</i> [formule nutritive - monomérique]	131
<i>Vivonex Plus</i> [formule nutritive - monomérique]	131
<i>Vivonex T.E.N.</i> [formule nutritive - monomérique]	131
<i>Voltaren Ophtha</i> [diclofénac sodique]	86
VORICONAZOLE	10
<i>Voriconazole pour injection</i> [voriconazole]	10
<i>Vyalev</i> [foslévodopa/ foscarnidopa]	108
<i>Vyvanse</i> [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	115
<i>Wixela Inhub</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	96
<i>Xcopri</i> [cénobamate]	106
<i>Xcopri (trousse de départ)</i> [cénobamate]	106
<i>Xigduo</i> [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]	46
<i>ZDS-Lacosamide</i> [lacosamide]	114
<i>Zenhale</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone (furoate de)]	94
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	79
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	79
<i>Zometa</i> [zolédronique (acide)]	79
<i>Zyvoxam</i> [linezolid]	9