

Codes des médicaments d'exception

Publiés par la Régie de l'assurance maladie du Québec

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du
Québec, 2012

ISSN 1913-2808

ISBN 978-2-550-3533-8

Dans ce document, la forme masculine est employée dans
le seul but de faciliter la lecture.

Introduction

Codes des médicaments d'exception Mise à jour du 20 avril 2012

Certains médicaments d'exception peuvent être obtenus sans délai lorsque le prescripteur inscrit sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Toutefois, le paiement est autorisé uniquement lorsque l'indication de paiement du médicament d'exception codifié, correspond à l'état de santé du patient.

La responsabilité de l'exactitude du code choisi et de son utilisation relève du prescripteur.

De plus, ce répertoire de codification est à l'usage de la Régie. Ainsi, les assureurs privés ne sont pas tenus de le considérer.

Comment sont présentés les médicaments d'exception codifiés et où en trouver la liste?

Les médicaments d'exception codifiés sont présentés par classe anatomique, puis, par ordre alphabétique de dénomination commune. On retrouve les marques de commerce 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, un index alphabétique des dénominations communes (en gras) et des noms de commerce, présenté à la fin du document, énumère les médicaments d'exception qui sont codifiés.

Dans son site Internet, la Régie publie la liste des médicaments codifiés, accompagnés des indications de paiement.

Le service en ligne *Médicaments d'exception et Patient d'exception* permet aussi d'obtenir les codes relatifs aux médicaments d'exception codifiés. Vous pouvez consulter le tout à www.ramq.gouv.qc.ca.

Une version destinée aux ordinateurs de poche y est également accessible en format PDF.

Quand et où inscrire le code?

Chaque code est associé à une indication de paiement précise.

Pour toute ordonnance, le code correspondant à la situation de la personne assurée doit accompagner le nom du médicament codifié prescrit. L'autorisation de paiement est alors valide pour la période déterminée par le code choisi.

Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance, avec le nom du médicament codifié prescrit afin d'aviser le pharmacien que l'ordonnance ne peut être codifiée. Cela évitera au pharmacien de faire une démarche auprès du prescripteur.

Quand utiliser le formulaire?

Si vous utilisez la codification, vous n'avez pas à remplir un formulaire imprimable, ni la *Demande d'autorisation de paiement – Médicament d'exception* (formulaire n° 3633), qu'il s'agisse d'une première demande ou non. Vous devez utiliser l'un de ces formulaires si vous désirez prescrire :

- un médicament d'exception qui ne se retrouve pas au répertoire des codes des médicaments;
- un médicament d'exception codifié, quand la situation de votre patient ne correspond pas à une indication de paiement codifiée;
- un médicament d'exception codifié dont la période d'autorisation initiale est terminée (tel que précisée dans les explications associées au code).

D'autre part, si vous voulez prescrire un médicament absent de la *Liste de médicaments* ou encore un médicament d'exception codifié mais pour une indication thérapeutique non reconnue pour le paiement, vous devez utiliser la *Demande d'autorisation de paiement – Mesure du patient d'exception* (formulaire n° 3996).

Ces formulaires peuvent être envoyés à la Régie par télécopieur ou par la poste. Les prescripteurs inscrits aux services en ligne peuvent aussi transmettre leur demande par l'application *Médicaments d'exception et Patient d'exception* (applicable uniquement pour les formulaires n° 3633 et n° 3996).

On peut accéder aux formulaires suivants en s'adressant à la Régie :

Formulaires imprimables

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Médicaments d'exception n° 3633*

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Patient d'exception n°3996*

- par Internet : www.ramq.gouv.qc.ca
Onglet *Service aux professionnels*
Bannière *Médicaments d'exception et Patient d'exception*
-

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement –
Médicament d'exception n° 3633*

Formulaire *Demande d'autorisation de paiement – Mesure
du patient d'exception n°3996*

- par télécopieur : 418 646-9251 (Québec)
- par écrit : Régie de l'assurance maladie du Québec
Centre d'information et d'assistance
aux professionnels (Q029)
Case postale 500
Québec (Québec) G1K 7B4

Pour toute information, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

Si vous êtes un **prescripteur**, vous pouvez communiquer avec le Centre d'assistance aux professionnels, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 (mercredi, de 10 h 30 à 16 h 30).

Québec : 418 643-8210
Montréal : 514 873-3480
Ailleurs au Québec : 1 800 463-4776

Si vous êtes un **pharmacien**, vous pouvez communiquer avec le Centre de support aux pharmaciens, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 17 h 30.

Québec : 418 643-9025
Ailleurs au Québec : 1 888 883-7427

Codification et indications reconnues pour le paiement

Table des matières

	Pages
AI Anti - infectieux - Usage systémique ou topique.....	1
CV Système cardiovasculaire.....	14
DE Dermatologie.....	20
EN Endocrinologie.....	50
GI Système gastro-intestinal.....	58
GU Système génito-urinaire.....	64
GY Gynécologie.....	65
HE Hématologie.....	68
MS Système musculo-squelettique.....	70
ON Oncologie/antinéoplasiques.....	72
OP Ophtalmologie.....	73
RE Système respiratoire.....	79
SN Système nerveux autonome ou central.....	83
VA Varia.....	100

**adéfovir
dipivoxil**

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;

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
caspofongine (acétate de) <i>Cancidas</i>	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;
ciprofloxacin (chlorhydrate de) Sol. Perf. I.V. <i>Ciprofloxacin Perfusion Intraveineuse</i>	AI68 Pour le traitement des infections lorsque la ciprofloxacin orale ne peut être utilisée;
clindamycine (phosphate de) Cr. Vag. <i>Dalacin C</i>	AI6 Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors du premier trimestre de la grossesse; (Voir page suivante)

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> clindamycine (phosphate de) Cr. Vag. <i>Dalacin C</i>	AI7 Lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré;
clindamycine (phosphate de) Cr. vag. (unidosé) <i>Clindesse</i>	AI7 Lorsque le métronidazole intravaginal est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré;
entécavir <i>Baraclude</i>	AI123 Pour le traitement de l'hépatite B chronique, à raison de 0,5 mg par jour, chez les personnes qui ne présentent pas de résistance à la lamivudine et qui ont une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou à 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement; AI124 Pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes qui présentent un échec, une contre-indication ou une intolérance à l'adéfovir ou au ténofovir et qui ont 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; <i>(Voir page suivante)</i>

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> entécavir <i>Baraclude</i>	• une épreuve de laboratoire démontrant la résistance à la lamivudine; • une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL;
fluconazole Susp. Orale <i>Diflucan</i>	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;
lévofloxacine Sol. Perf. I.V. <i>Levaquin</i>	AI13 Pour le traitement des infections lorsque la lévofloxacine orale ne peut être utilisée;

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
linezolide Co. <i>Zyvoxam</i>	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;
linezolide Sol. Perf. I.V. <i>Zyvoxam</i>	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;
métronidazole Gel Vag. <i>Nidagel</i>	AI11 Pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième ou troisième trimestres de la grossesse; (Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> métronidazole Gel Vag. <i>Nidagel</i>	AI12 Pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par voie orale;
moxifloxacin (chlorhydrate de) <i>Avelox I.V.</i>	AI87 Pour le traitement des infections lorsque la moxifloxacin orale ne peut être utilisée;
oseltamivir (phosphate d') <i>Tamiflu</i>	AI139 Pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) : - chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement; - chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS); - chez la femme enceinte qui sont au 2^e ou 3^e trimestre de grossesse (13 semaines ou plus); La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées : - les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les <i>(Voir page suivante)</i>

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - A1

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

**oseltamivir
(phosphate d')**

Tamiflu

avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant;

- le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures);

Les maladies chroniques sont définies ainsi :

- troubles cardiaques ou pulmonaires (dont la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique, la MPOC, l'emphysème et l'asthme) assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers;
- diabète ou autres troubles métaboliques chroniques, troubles hépatiques (incluant une cirrhose), rénaux, hématologiques (incluant une hémoglobinopathie), un cancer, un déficit immunitaire (dont le VIH) ou une immunosuppression (radiothérapie, chimiothérapie, médicaments anti-rejet);
- conditions médicales pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant les risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires, une obésité morbide).

Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes A1139 et A1140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) oseltamivir (phosphate d') <i>Tamiflu</i>	«XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien. AI140 Pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) : - chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index); La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées : - les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant; - le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures); Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.

Anti - infectieux - Usage systémique ou topique - AI

Médicaments	Codes et indications
tobramycine (sulfate de) Sol. pour Inh. <i>Tobi</i>	AI90 Chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à <i>pseudomonas aeruginosa</i> lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation;
tobramycine (sulfate de) Pd. pour Inh. <i>Tobi Podhaler</i>	AI90 Chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à <i>pseudomonas aeruginosa</i> lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation;
valganciclovir (chlorhydrate de) <i>Valcyte</i>	AI73 Pour le traitement de la rétinite à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes immunodéficientes;
voriconazole Co. <i>Vfend</i>	AI74 Pour le traitement de l'aspergillose invasive; Période d'autorisation : 3 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> voriconazole Co. <i>Vfend</i>	AI75 Pour la poursuite du traitement de l'aspergillose invasive, chez les personnes pour lesquelles un effet bénéfique est observé; 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;
voriconazole Pd. Perf. I.V. <i>Vfend</i>	AI77 Pour le traitement de l'aspergillose invasive; AI78 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;
zanamivir <i>Relenza</i>	AI139 Pour le traitement de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) : <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> zanamivir <i>Relenza</i>	- chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement; - chez les personnes atteintes d'une maladie chronique nécessitant un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers (selon la définition du MSSS); - chez la femme enceinte qui sont au 2^e ou 3^e trimestre de grossesse (13 semaines ou plus); La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées : - les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant; - le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures); Les maladies chroniques sont définies ainsi : - troubles cardiaques ou pulmonaires (dont la dysplasie broncho-pulmonaire, la fibrose kystique, la MPOC, l'emphysème et l'asthme) assez graves pour nécessiter un suivi médical régulier ou des soins hospitaliers; - diabète ou autres troubles métaboliques chroniques, troubles hépatiques (incluant une cirrhose), rénaux, hématologiques (incluant une hémoglobinopathie), un cancer, un déficit <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> zanamivir <i>Relenza</i>	immunitaire (dont le VIH) ou une immunosuppression (radiothérapie, chimiothérapie, médicaments anti-rejet); • conditions médicales pouvant compromettre l'évacuation des sécrétions respiratoires et augmentant les risques d'aspiration (ex. : un trouble cognitif, une lésion médullaire, un trouble convulsif, des troubles neuromusculaires, une obésité morbide). Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien. AI140 Pour la prophylaxie de l'influenza de type A ou B (grippe saisonnière) : • chez les personnes vivant dans un centre d'hébergement en contact étroit avec une personne infectée (cas index); La demande est autorisée lorsque les conditions suivantes sont rencontrées : • les données de surveillance en place démontrent la présence et la sensibilité des virus de l'influenza de type A ou B, selon les <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> zanamivir <i>Relenza</i>	avis émis par les directions de santé publique régionales et provinciales, le cas échéant; ● le délai d'administration du traitement avec l'antiviral est respecté (48 heures); Note : Lorsque la situation de la personne assurée ne correspond pas aux indications de paiement associées aux codes AI139 et AI140, l'ordonnance ne peut être codifiée. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code «XX» sur l'ordonnance pour en aviser le pharmacien.

Médicaments	Codes et indications
aliskirène <i>Rasilez</i>	CV111 Pour le traitement de l'hypertension artérielle, en association avec au moins un agent antihypertenseur, si échec thérapeutique, intolérance ou contre-indication à un agent de chacune des trois classes suivantes : • un diurétique thiazidique et • un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et • un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA). Toutefois, à la suite d'un échec thérapeutique à un IECA, l'essai d'un ARA n'est pas exigé et vice versa.
amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique <i>Caduet</i>	CV110 Chez les personnes sous traitement à doses stables avec l'amlodipine et l'atorvastatine depuis au moins 3 mois;
clopidogrel (bisulfate de) <i>Apo-Clopidogrel, Co Clopidogrel, Mylan-Clopidogrel, Plavix, Pms-Clopidogrel, Sandoz Clopidogrel, Teva Clopidogrel</i>	CV18 ◆ Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique, chez les personnes pour lesquelles une angioplastie avec ou (Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) clopidogrel (bisulfate de) Apo-Clopidrogel, Co Clopidogrel, Mylan-Clopidogrel, Plavix, Pms-Clopidrogel, Sandoz Clopidogrel, Teva Clopidogrel	sans la pose d'une endoprothèse coronarienne a été effectuée; ◆ Chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu qui ne recevaient pas d'acide acétylsalicylique au préalable; <i>Note : Toute demande d'autorisation pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois doit être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 12 mois CV19 Pour la prévention secondaire des manifestations vasculaires ischémiques chez les personnes pour lesquelles un antiplaquettaire est indiqué mais chez qui l'acide acétylsalicylique est inefficace, contre-indiqué ou mal toléré; <i>Note : Une seconde angioplastie dans le cas d'une nouvelle manifestation vasculaire ischémique fait partie de cette condition de paiement.</i> <i>Ne répond pas à cette indication de paiement, l'utilisation du clopidogrel en prévention primaire i.e. chez les personnes qui n'ont jamais présenté de manifestations vasculaires ischémiques.</i>

Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications
dipyridamole/ acétylsalicylique (acide) <i>Aggrenox</i>	CV14 Pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire;
ézétimibe <i>Ezetrol</i>	CV99 Lorsque l'ézétimibe n'est pas utilisé en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) : Lors d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité à au moins 2 hypolipémiants; <i>Note : Avant de conclure à l'inefficacité d'un hypolipémiant, un essai à doses optimales doit être fait.</i> CV100 Lorsque l'ézétimibe est utilisé en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) : Si le traitement avec la statine, à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance à cette dose, n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie; <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

ézétimibe

Ezetrol

Note : Tiré des Capsules CdM publiées en février 2005 et juin 2007 par le Conseil du médicament :

Avant d'obtenir une autorisation de paiement pour l'ézétimibe utilisé en association avec une statine, le Conseil du médicament croit que la dose de statine, pour une personne donnée, doit se situer dans l'écart défini au tableau ci-dessous. De plus, en l'absence d'un facteur augmentant le risque de toxicité musculaire, il demeure essentiel que la thérapie avec une statine comporte au moins une tentative de titration de la dose, à l'intérieur des doses énoncées ci-après, pour que la dose soit considérée optimale.

Doses des statines utilisées en monothérapie jugées efficaces selon l'impact démontré sur la mortalité ou la morbidité ou la réduction des taux de LDL-C .

Noms générique, commercial (fabricant)	Doses
Atorvastatine, Lipitor ^{MC} (Pfizer)	10 mg à 80 mg
Fluvastatine, Lescol ^{MC} (Novartis)	80 mg
Lovastatine, Mevacor ^{MC} (Merck et autres)	40 mg à 80 mg
Pravastatine, Pravachol ^{MC} (Squibb et autres)	40 mg

(Voir page suivante)

Système cardiovasculaire - CV

Médicaments	Codes et indications						
(Suite) ézétimibe <i>Ezetrol</i>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="301 188 733 276">Rosuvastatine¹, Crestor^{MC} (AZC)</td><td data-bbox="733 188 1016 276">5 mg à 40 mg</td></tr> <tr> <td data-bbox="301 276 733 363">Simvastatine, Zocor^{MC} (Merck et autres)</td><td data-bbox="733 276 1016 363">20 mg à 80 mg</td></tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="301 363 1016 491"> ¹ Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit. </td></tr> </table>	Rosuvastatine ¹ , Crestor ^{MC} (AZC)	5 mg à 40 mg	Simvastatine, Zocor ^{MC} (Merck et autres)	20 mg à 80 mg	¹ Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit.	
Rosuvastatine ¹ , Crestor ^{MC} (AZC)	5 mg à 40 mg						
Simvastatine, Zocor ^{MC} (Merck et autres)	20 mg à 80 mg						
¹ Doses déterminées selon la réduction comparative du taux de LDL-C et selon les données de la monographie du produit.							
pentoxifylline <i>Apo-Pentoxifylline SR, Trental</i>	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 <i>Effient</i>	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. (Voir page suivante)						

Médicaments	Codes et indications
(Suite) prasugrel <i>Effient</i>	Période d'autorisation : 12 mois.
rivaroxaban <i>Xarelto</i>	CV126 Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie du genou; Période d'autorisation : 14 jours CV127 Pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie de la hanche; Période d'autorisation : 35 jours
trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de) <i>Tarka</i>	CV17 Pour les personnes déjà sous traitement avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et le vérapamil pris séparément;

Médicaments	Codes et indications
calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de) <i>Dovobet, Xamiol</i>	DE128 Pour le traitement du psoriasis lorsqu'un analogue de la vitamine D est inefficace ou mal toléré;
pansement absorbant - chlorure de sodium <i>Curasalt (15 cm x 17 cm - 255 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)</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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments

Codes et indications

**pansement
absorbant -
fibres gélifiantes**

Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²),
 Algisite M 30 cm,
 Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²),
 Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²),
 Algosteril (30 cm),
 Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²),
 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),
 Curasorb 30 cm,
 Curasorb 60 cm,
 Curasorb 90 cm,
 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),
 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 (10 cm x 10 cm - 100 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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) Melgisorb (10 cm x 20 cm - 200 cm²), Melgisorb (5 cm x 5 cm - 25 cm²), Melgisorb 30 cm, Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²), Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm²), Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²), Nu-Derm Alginate 30 cm, Restore Pansement d'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm²), Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 10 cm-100 cm²), Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 20 cm-200 cm²), SeaSorb Soft (5 cm x 5 cm - 25 cm²), SeaSorb Soft (10 cm x 10 cm - 100 cm²), SeaSorb Soft 44 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),	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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association <i>Allevyn Compression (10 cm x 10 cm - 100 cm²), Allevyn Compression (5 cm x 6 cm - 30 cm²), Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²), Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²), Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²), Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²), Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²), Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²), Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²), Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²), Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²), Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²), Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²), Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²), Allevyn Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm²), Allevyn Thin (15 cm x 20 cm - 300 cm²), Allevyn Thin (5 cm x 6 cm - 30 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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²),
Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²),
Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²),
Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²),
Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²),
Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm²),
Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm²),
Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm²),
Combiderm ACD
(Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²),
Combiderm ACD
(Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²),
Combiderm Non
Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²),
Combiderm Non
Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²),
Combiderm Non
Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²),
Copa (10 cm x 10 cm - 100 cm²),
Copa (5 cm x 5 cm - 25 cm²),
Curafoam (15 cm x 20 cm - 300 cm²),
Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²),
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²),
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) <i>Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²),</i> <i>Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²),</i> <i>Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²),</i> <i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²),</i> <i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²),</i> <i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²),</i> <i>Mepilex Border Sacrum (18 cm x 18 cm - 120 cm²),</i> <i>Mepilex Border Sacrum (23 cm x 23 cm - 238 cm²),</i> <i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²),</i> <i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²),</i> <i>Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²),</i> <i>Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²),</i> <i>Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²),</i> <i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

Optifoam Non-Adhesive
(10,2 cm x 10,2 cm -
104 cm²),

Optifoam Non-Adhesive
(15,2 cm x 15,2 cm -
231 cm²),

Restore Advanced Lite
Pans. Hydrocellulaire
10 x 12,5-125cm²,

Restore Advanced Lite
Pans. Hydrocellulaire
15 x 15-225 cm²,

Restore Advanced Lite
Pans. Hydrocellulaire
15 x 20-300 cm²,

Restore Advanced Lite
Pans. Hydrocellulaire 6
cm x 6cm-36cm²,

Restore Advanced
Pansement
Hydrocellulaire
10cmx10cm-100cm²,

Restore Advanced
Pansement
Hydrocellulaire 15cm x
15cm-225cm²,

Tegaderm 3M-
Pansement en mousse
non adhésif 10 x 10-100
cm²,

Tegaderm 3M-
Pansement en mousse
non adhésif 10 x 60-600
cm²,

Tegaderm 3M-
Pansement en mousse
non adhésif 20 x
20-400cm²,

Tielle Max (11 cm x 11
cm - 121 cm²),

Tielle Max (15 cm x 15
cm - 225 cm²),

Tielle Max (15 cm x 20
cm - 300 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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> <i>Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments

Codes et indications

**pansement
absorbant bordé
- fibres de
polyester et
rayonne**

*Alldress (10 cm x 10 cm
- 25 cm²),*

*Alldress (15 cm x 15 cm
- 100 cm²),*

*Alldress (15 cm x 20 cm
- 150 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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments	Codes et indications
pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes <i>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)</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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments

Codes et indications

**pansement
absorbant bordé
- mousse
hydrophile seule
ou en
association**

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²),

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²),

Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²),

Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²),

Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²),

Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²),

Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²),

Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²),

Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²),

Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²),

Allevyn Plus Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²),

Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) <i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²),</i> <i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²),</i> <i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²),</i> <i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²),</i> <i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²),</i> <i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²),</i> <i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²),</i> <i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²),</i> <i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²),</i> <i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²),</i> <i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²),</i> <i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²),</i> <i>Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm²),</i> <i>Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²),</i> <i>Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²),</i> <i>Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm²),</i> <i>Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

*Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²),
Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²),
Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²),
Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²),
Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²),
Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²),
Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²),
Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²),
Restore Advanced
Pans. hydrocellulaire
adhésif 15x15-100 cm²,
Restore Advanced
Pans. hydrocellulaire
adhésif 15x20-125 cm²,
Tegaderm 3M-
Pansement en mousse
adhésif 10cm x
11cm-46cm²,
Tegaderm 3M-
Pansement en mousse
adhésif 14,3 x 14,3-100
cm²,
Tegaderm 3M-
Pansement en mousse
adhésif 8,8cm x
8,8cm-25cm²,
Tielle (11 cm x 11 cm -
49 cm²),
Tielle (15 cm x 15 cm -
121 cm²),
Tielle (15 cm x 20 cm -
176 cm²),
Tielle (18 cm x 18 cm -
196 cm²),
Tielle (7 cm x 9 cm - 15
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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> <i>Tielle Plus (11 cm x 11 cm - 49 cm²),</i> <i>Tielle Plus (15 cm x 15 cm - 121 cm²),</i> <i>Tielle Plus (15 cm x 20 cm - 176 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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments

Codes et indications

**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),*

DE58

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 12 semaines

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) <i>Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²),</i> <i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²),</i> <i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²),</i> <i>Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²),</i> <i>Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²),</i> <i>Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²),</i> <i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²),</i> <i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²),</i> <i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²),</i> <i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²),</i> <i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²),</i> <i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²),</i> <i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²),</i> <i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²),</i> <i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²),</i> <i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²),</i> <i>Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²),</i>	DE58 Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée; La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques. <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 12 semaines <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

*Restore Pansement alginate de calcium Argent 10,2x12-122 cm²,
Restore Pansement d'alginate calcium, Argent 5cm x 5cm-25cm²,
Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 10cm x10cm-100cm²,
Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 15cm x 20cm-300cm²,
SeaSorb Ag (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),
Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm²),
Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm²)
-
Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm²),
Tegaderm 3M- Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm²)*

DE58

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 12 semaines

Médicaments	Codes et indications
pansement antimicrobien - iode <i>Iodosorb</i>	DE58 Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée; La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques. <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 12 semaines

Médicaments

Codes et indications

**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),*

*Biatain Ag Adhesive
(12,5 cm x 12,5 cm - 64
cm²),*

*Biatain Ag Adhesive (18
cm x 18 cm - 169 cm²),*

*Biatain Ag Adhesive
(7,5 cm x 7,5 cm - 12,6
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),*

DE58

Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée;

La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 12 semaines

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> <i>Optifoam Ag Adhesive</i> <i>(10 cm x 10 cm - 40 cm²)</i>	DE58 Pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec colonisation critique par au moins un agent pathogène, documentée par une culture bactérienne sur fond de plaie débridée; La colonisation critique est définie par la présence d'au moins un agent pathogène, documentée par une culture, dans une plaie grave et qui présente les signes cliniques suivants : un exsudat augmenté, un tissu de granulation friable, une stagnation dans le processus de cicatrisation, une odeur accentuée, une douleur accentuée et une inflammation de moins de 2 cm de la bordure. La colonisation critique d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques. <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 12 semaines

Médicaments

Codes et indications

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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments	Codes et indications
pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane <i>Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²), Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²), Comfeel Plus Clear (20 cm x 20 cm - 400 cm²), Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²), Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²), Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 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), Cutinova hydro (10 cm x 10 cm - 100 cm²), Cutinova hydro (15 cm x 20 cm - 300 cm²), Cutinova hydro (5 cm x 6 cm - 30 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),</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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

*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),*

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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) <i>Exuderm OdorShield</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm²), <i>Exuderm OdorShield Sacral</i> (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²), <i>Nu-Derm Hydrocolloid Border</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm²), <i>Nu-Derm Hydrocolloid Border</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm²), <i>Nu-Derm Hydrocolloid Border</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm²), <i>Nu-Derm Hydrocolloid Border</i> (Sacrum 18 cm x 18 cm - 135 cm²), <i>Nu-Derm Hydrocolloid Standard</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm²), <i>Nu-Derm Hydrocolloid Standard</i> (20 cm x 20 cm - 400 cm²), <i>Nu-Derm Hydrocolloid Thin</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm²), <i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde</i> (10 cm x 10 cm - 100cm²), <i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde</i> (15 cm x 15 cm - 225cm²), <i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince</i> 10cm x 10cm-100cm², <i>Ultec</i> (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²), <i>Ultec</i> (15,2 cm x 20,3 cm - 309 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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

*(Suite)**Ultec (20,3 cm x 20,3 cm - 412 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;

Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.

Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments	Codes et indications
pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane <i>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), Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm²), Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm²), Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm²), Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm², Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm²</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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois

Médicaments	Codes et indications
pansement interface - polyamide ou silicone <i>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</i>	DE107 Pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses; <i>Note : Toute demande subséquente devra être transmise par formulaire ou par le biais d'Internet.</i> Période d'autorisation : 6 mois
pimécrolimus <i>Elidel</i>	DE56 Pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;
tacrolimus Pom. Top. <i>Protopic</i>	DE56 Pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique; <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> tacrolimus Pom. Top. <i>Protopic</i>	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;
trétinoïne Cr. Top. <i>Retin-A,</i> <i>Stieva-A,</i> <i>Stieva-A Forte</i>	DE20 Pour le traitement de l'acné; <i>Note : Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i> DE21 Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique. <i>Note : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.</i> <i>Les diagnostics ou les justifications d'ordre esthétique, par exemple, les rides et les ridules ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>

Médicaments

Codes et indications

**trétinoïne
Gel Top.**

Retin-A,
Stieva-A,
Vitamin A Acid Gel,
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 : À titre d'exemples , la dermatite séborrhéique, les folliculites, la kératose actinique et les verrues sont considérées.

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

Médicaments	Codes et indications
gliclazide <i>Apo-Gliclazide, Diamcron, Diamcron MR, Gliclazide, Gliclazide MR, Gliclazide-80, Mylan-Gliclazide, Novo-Gliclazide, Sandoz Gliclazide, pms-Gliclazide</i>	EN23 Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace; EN24 Pour le traitement des personnes diabétiques non insulinodépendantes présentant une insuffisance rénale;
glimépiride <i>Amaryl, Apo-Glimepiride, Novo-Glimepiride, Sandoz Glimepiride, pms-Glimepiride, ratio-Glimepiride</i>	EN23 Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;
insuline aspart/ insuline aspart protamine <i>NovoMix30</i>	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;
insuline lispro/ insuline lispro protamine <i>Humalog Mix 25, Humalog Mix 25 KwikPen</i>	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;

Médicaments

Codes et indications

**mégestrol
(acétate de)***Apo-Megestrol***EN82**

Pour l'hormonothérapie de remplacement lors d'intolérance, d'inefficacité ou de contre-indication aux progestatifs oraux;

Note : Les diagnostics ou les justifications tels que l'anorexie, la cachexie ou autre perte de poids induite par un cancer métastatique ou par le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ne satisfont pas aux indications de paiement.

Pour l'indication de paiement portant sur l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate, veuillez vous référer à la section « Oncologie/ antinéoplasiques », code ON85.

Médicaments	Codes et indications
pioglitazone (chlorhydrate de) Actos, Apo-Pioglitazone, Co Pioglitazone, Jamp-Pioglitazone, Mint-Pioglitazone, Mylan-Pioglitazone, Novo-Pioglitazone, Pioglitazone, Pioglitazone HCl, Pro-Pioglitazone, Sandoz Pioglitazone, Zym-Pioglitazone, phl-Pioglitazone, pms-Pioglitazone, ratio-Pioglitazone	EN117 Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale; <i>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.</i> 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; <i>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.</i> 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; <i>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.</i> (Voir page suivante)

Médicaments

Codes et indications

*(Suite)***pioglitazone
(chlorhydrate
de)**

Actos,
Apo-Pioglitazone,
Co Pioglitazone,
Jamp-Pioglitazone,
Mint-Pioglitazone,
Mylan-Pioglitazone,
Novo-Pioglitazone,
Pioglitazone,
Pioglitazone HCl,
Pro-Pioglitazone,
Sandoz Pioglitazone,
Zym-Pioglitazone,
phl-Pioglitazone,
pms-Pioglitazone,
ratio-Pioglitazone

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.

répaglinide

Co Repaglinide,
GlucoNorm,
Sandoz Repaglinide,
pms-Repaglinide

EN24

Pour le traitement des personnes diabétiques non insulino dépendantes présentant une insuffisance rénale;

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> répaglinide <i>Co Repaglinide, GlucoNorm, Sandoz Repaglinide, pms-Repaglinide</i>	EN25 Lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
rosiglitazone (maléate de) <i>Avandia</i>	EN117 Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale; <i>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.</i> 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; <i>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.</i> 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; <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

*(Suite)***rosiglitazone
(maléate de)***Avandia*

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.

Médicaments	Codes et indications
rosiglitazone (maléate de)/ metformine (chlorhydrate de) <i>Avandamet</i>	EN81 Chez les personnes diabétiques de type 2 sous traitement avec la metformine et une thiazolidinedione et dont les doses quotidiennes sont stables depuis au moins trois mois; Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement des thiazolidinediones;
saxagliptine <i>Onglyza</i>	EN148 Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonyleurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; EN149 Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec une sulfonyleurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
sitagliptine/ metformine <i>Janumet</i>	EN150 Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 : • lorsqu'une sulfonyleurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; (Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) sitagliptine/ metformine <i>Janumet</i>	et • lorsque les doses quotidiennes de metformine sont stables depuis au moins trois mois;

Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
bisacodyl <i>Bisacodyl-Odan, Jamp-Bisacodyl, pms-Bisacodyl</i>	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;
citrate de sodium/ laurylsulfoacétate de sodium/ sorbitol <i>MicroLax</i>	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;
delta-9-tétrahydrocannabinol <i>Marinol</i>	GI60 Pour le traitement des nausées et des vomissements graves; <i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que la cachexie ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>

Médicaments	Codes et indications
docusate de calcium <i>Calax,</i> <i>Docusate Calcium,</i> <i>Jamp-Docusate Calcium,</i> <i>Novo-Docusate Calcium,</i> <i>pms-Docusate-Calcium</i>	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;
docusate de sodium <i>Apo-Docusate Sodium,</i> <i>Docusate Sodique,</i> <i>Docusate de Sodium,</i> <i>Docusate sodium,</i> <i>Euro-Docusate,</i> <i>Euro-Docusate C,</i> <i>Jamp-Docusate Sodium,</i> <i>Novo-Docusate,</i> <i>Selax,</i> <i>Soflax,</i> <i>phl-Docusate Sodium,</i> <i>pms-Docusate,</i> <i>pms-Docusate Sodium,</i> <i>ratio-Docusate Sodium</i>	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; <i>(Voir page suivante)</i>

Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> glycérine Supp.	GI28 Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;
huile minérale <i>Fleet Huileux,</i> <i>Huile Minérale</i>	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 <i>Apo-Lactulose,</i> <i>Euro-Lac,</i> <i>Jamp-Lactulose,</i> <i>Teva Lactulose,</i> <i>pms-Lactulose,</i> <i>ratio-Lactulose</i>	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;

Médicaments	Codes et indications
magnésium (hydroxyde de) <i>Lait de Magnésie</i>	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 <i>Fleet, Fleet Pédiatrique</i>	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 <i>Lax-A-Day, Peg 3350, PegaLAX (14 sachets de 17 grammes), Relaxa</i>	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;

Système gastro-intestinal - GI

Médicaments	Codes et indications
polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de) <i>PegLyte (280 g).</i> <i>PegLyte (sachet de 70 g)</i>	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;

Médicaments	Codes et indications
sennosides A & B <i>Bio-Sennosides, Euro-Senna, Jamp-Senna, Jamp-Sennaquil, Jamp-Sennosides Enrobé, Riva-Senna, Sennatab, Sennosides, Senokot, phl-Sennosides, pms-Sennosides</i>	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;

Système génito-urinaire - GU

Médicaments	Codes et indications
oxybutynine Timbre cut. <i>Oxytrol</i>	GU32 Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée;
oxybutynine (chlorure d') Co. L.A. <i>Ditropan XL, Uromax</i>	GU32 Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine à libération immédiate est mal tolérée;
solifénacine (succinate de) <i>Vesicare</i>	GU33 Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace;
toltérodine (l-tartrate de) <i>Detrol, Detrol LA</i>	GU33 Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace;
trospium (chlorure de) <i>Trosec</i>	GU33 Pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui l'oxybutynine est mal tolérée, contre-indiquée ou inefficace;

Médicaments	Codes et indications
cétrorélix <i>Cetrotide</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
choriogonadotro pine alpha <i>Ovidrel</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
estradiol-17B <i>Climara -100,</i> <i>Climara -50,</i> <i>Climara-25,</i> <i>Climara-75,</i> <i>Estraderm 100,</i> <i>Estraderm 25,</i> <i>Estradot,</i> <i>EstroGel,</i> <i>Oesclim 25,</i> <i>Oesclim 50,</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 100,</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 50,</i> <i>Sandoz Estradiol Derm 75</i>	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) <i>Estalis 140/50,</i> <i>Estalis 250/50</i>	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;

Médicaments	Codes et indications
estradiol-17B/ lévonorgestrel <i>Climara Pro</i>	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;
follitrophine alpha <i>Gonal-f</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
follitropine bêta <i>Puregon</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
ganirelix <i>Orgalutran</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
gonadotrophine chorionique <i>Gonadotrophine Chorionique, Pregnyl</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;

Médicaments	Codes et indications
gonadotrophine s <i>Menopur, Repronex</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
progestérone Co. Vag. (eff.) <i>Endometrin</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
progestérone Gel vag. (App.) <i>Crinone</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;
progestérone micronisée Caps. <i>Prometrium</i>	GY36 Pour les personnes ne pouvant recevoir l'acétate de médroxyprogestérone en raison d'une intolérance importante;
urofollitropine <i>Bravelle</i>	GY147 Chez la femme dans le cadre d'une activité de procréation assistée;

Médicaments	Codes et indications
filgrastim <i>Neupogen</i>	HE129 Pour le traitement des personnes : ◆ recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile); ◆ à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie; ◆ ayant déjà souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée lors des cycles subséquents de chimiothérapie; ◆ ayant déjà souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à $1,5 \times 10^9/L$) lors des premiers cycles d'une chimiothérapie à visée curative et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables lors des cycles subséquents de chimiothérapie; ◆ âgées de moins de 18 ans, atteintes d'une tumeur solide et qui reçoivent une chimiothérapie; (Voir page suivante)

Médicaments

Codes et indications

*(Suite)***filgrastim***Neupogen***HE130**

Pour les personnes qui requièrent un traitement dans l'une ou l'autre des situations suivantes :

- ◆ aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes;
- ◆ stimulation de la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe;
- ◆ neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$;
- ◆ neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) et infectée par le VIH;
- ◆ leucémie myéloïde aiguë;

Système musculo-squelettique - MS

Médicaments	Codes et indications
denosumab Sol. Inj. S.C. (ser) 60 mg/mL <i>Prolia</i>	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 biphosphonate oral ne satisfont pas aux indications de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée. Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire Mesure du patient d'exception - Demande d'autorisation de paiement n° 3996 dûment rempli.
léflunomide <i>Apo-Leflunomide,</i> <i>Arava,</i> <i>Leflunomide,</i> <i>Mylan-Leflunomide,</i> <i>Novo-Leflunomide,</i> <i>Sandoz Leflunomide,</i> <i>phi-Leflunomide,</i> <i>pms-Leflunomide</i>	MS37 Pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde pour les personnes chez qui le méthotrexate est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;

Médicaments

Codes et indications

**zolédronique
(acide)**

**Sol. Perf. I.V.
5 mg/ 100 mL**

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 biphosphonate **oral** ne satisfont pas aux indications de paiement. La Régie suggère donc au prescripteur d'inscrire le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que cette ordonnance ne peut être codifiée.

Toutefois, si la situation de la personne assurée répond aux exigences de la mesure du patient d'exception, une demande peut être transmise à la Régie au moyen du formulaire Mesure du patient d'exception - Demande d'autorisation de paiement n° 3996 dûment rempli.

MS154

Pour le traitement de la maladie de Paget.

Médicaments	Codes et indications
fludarabine (phosphate de) <i>Fludara</i>	ON83 Pour le traitement des personnes souffrant de leucémie lymphoïde chronique qui n'ont pas répondu ou sont intolérantes à une chimiothérapie de première intention; ON84 Pour le traitement des personnes souffrant de lymphome non hodgkinien de faible malignité ou de macroglobulinémie de Waldenström, lors d'échec, d'intolérance ou de contre-indication à une chimiothérapie de deuxième intention soit le CAP (cyclophosphamide, doxorubicine et prednisone), le CHOP (cyclophosphamide, doxorubicine, vincristine et prednisone) et le CVP (cyclophosphamide, vincristine et prednisone);
méggestrol (acétate de) <i>Apo-Megestrol</i>	ON85 Pour l'hormonothérapie du cancer du sein, de l'endomètre et de la prostate; <i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que l'anorexie, la cachexie ou autre perte de poids induite par un cancer métastatique ou par le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ne satisfont pas aux indications de paiement.</i> <i>Pour l'indication de paiement portant sur l'hormonothérapie de remplacement lors d'intolérance, d'inefficacité ou de contre-indication aux progestatifs oraux, veuillez vous référer à la section « Endocrinologie », code EN82.</i>

Médicaments	Codes et indications
carboxyméthylc ellulose sodique <i>Celluvisc, Refresh plus</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <i>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.</i>
carboxyméthylc ellulose sodique/ purite <i>Refresh tears</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <i>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</i> <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> carboxyméthylc ellulose sodique/ purite <i>Refresh tears</i>	<i>et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>
diclofénac sodique Sol. Oph. <i>Voltaren Ophtha</i>	OP38 Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;
hydroxypropylm éthylcellulose <i>Isopto Tears, Sandoz Eyelube</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <i>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.</i>

Médicaments	Codes et indications
hydroxypropylm éthylcellulose/ dextran 70 <i>Tears Naturelle, Tears Naturelle II</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <i>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.</i>
kétorolac (trométhamine de) <i>Acular, Apo-Kétorolac, ratio-Kétorolac</i>	OP38 Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;
latanoprost/ timolol (maléate de) <i>Xalacom</i>	OP39 Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant;

Médicaments	Codes et indications
paraffine/huile minérale <i>Lacrilube, Tears Naturelle</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <i>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.</i>
polyvinylique (alcool) <i>Refresh</i>	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <i>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</i> <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
(Suite) polyvinylique (alcool) Refresh	« diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.
polyvinylique (alcool)/ povidone Tears Plus	OP40 Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes; <i>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.</i>
travoprost/ timolol (maléate de) DuoTrav	OP39 Pour le contrôle de la pression intraoculaire lorsque l'usage d'un antiglaucomateux en monothérapie est insuffisant;

Médicaments	Codes et indications
vertéporfine <i>Visudyne</i>	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'histoplasiose oculaire présumé avec néovascularisation;

Médicaments	Codes et indications
dornase alfa <i>Pulmozyme</i>	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 (fumarate dihydraté de)/ budésonide <i>Symbicort 100 Turbuhaler, Symbicort 200 Turbuhaler</i>	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; RE42 ◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave pour lesquelles le contrôle des symptômes n'est pas atteint malgré l'utilisation en inhalation d'un agoniste β_2 à courte action, d'un agoniste β_2 à longue action et d'un anticholinergique; <i>(Voir page suivante)</i>

Système respiratoire - RE

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> formotérol (fumarate dihydraté de)/ budésonide <i>Symbicort 100 Turbuhaler, Symbicort 200 Turbuhaler</i>	◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, qui ont présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation d'au moins un bronchodilatateur 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, ou une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
multivitamines Caps. ou Co. Vit A 5000 UI - Vit D 400 UI et autres	RE131 Pour les personnes souffrant de fibrose kystique; <i>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.</i>

Médicaments	Codes et indications
multivitamines Co. Croq. Vit A 5000 UI - Vit D 400 UI et autres	RE131 Pour les personnes souffrant de fibrose kystique; <i>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.</i>
salbutamol (sulfate de) Pd. pour Inh. <i>Ventolin Diskus</i>	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};
salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de) <i>Advair 100 Diskus,</i> <i>Advair 125,</i> <i>Advair 250,</i> <i>Advair 250 Diskus,</i> <i>Advair 500 Diskus</i>	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; (Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de) <i>Advair 100 Diskus, Advair 125, Advair 250, Advair 250 Diskus, Advair 500 Diskus</i>	RE42 ◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave pour lesquelles le contrôle des symptômes n'est pas atteint malgré l'utilisation en inhalation d'un agoniste β_2 à courte action, d'un agoniste β_2 à longue action et d'un anticholinergique; ◆ Pour le traitement des personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, qui ont présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation d'au moins un bronchodilatateur 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, ou une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;

Médicaments	Codes et indications
amphétamine (sels mixtes d') <i>Adderall XR</i>	SN103 Pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie; Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente. SN132 Pour le traitement des adultes avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie; Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
bétahistine (dichlorhydrate de) <i>Co Betahistine, Novo-Betahistine, Serc</i>	SN92 Pour réduire la sévérité des vertiges d'origine périphérique; (Voir page suivante)

Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> bétahistine (dichlorhydrate de) <i>Co Betahistine, Novo-Betahistine, Serc</i>	<i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que les vertiges d'origine centrale ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>
buprénorphine/ naloxone <i>Suboxone</i>	SN114 Pour le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes lors d'un échec, d'une intolérance ou d'une contre-indication à la méthadone; SN115 Pour le traitement substitutif de la dépendance aux opioïdes lorsqu'un programme de maintien à la méthadone n'est pas disponible ou accessible;
cabergoline <i>Co Cabergoline, Dostinex</i>	SN46 Pour le traitement de l'hyperprolactinémie chez les personnes pour qui la bromocriptine ou la quinagolide est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée; <i>Note : Sans égard à l'indication de paiement énoncée ci-dessus, la cabergoline demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1^{er} octobre 2007 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le</i> <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> cabergoline <i>Co Cabergoline, Dostinex</i>	<i>cadre des indications reconnues prévues antérieurement.</i>
codéine (phosphate de) Sir. <i>Codéine</i>	SN61 Pour le traitement de la douleur chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés; <i>Note : Les diagnostics ou les justifications tels que la toux ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>
diphenhydramine (chlorhydrate de) <i>Jamp- Diphenhydramine, Nadryl 25, pms-Diphenhydramine</i>	SN50 Pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques; <i>Note: Les diagnostics ou les justifications liés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.</i> SN51 Pour le traitement adjuvant de la maladie de Parkinson; <i>Note: Les diagnostics ou les justifications liés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>

Médicaments	Codes et indications
glatiramère (acétate de) <i>Copaxone</i>	SN133 Pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée. Au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique doivent démontrer : ● la présence de quatre lésions ou plus de la substance blanche, dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire, et ● que le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus. Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par l'absence d'une nouvelle poussée clinique. Les posologies autorisées sont les suivantes : - 30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex^{MC}; - 22 mcg une fois par semaine pour le Rebif^{MC}; - 8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et l'Extavia^{MC}; - Aucune restriction posologique pour Copaxone^{MC}. (Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
(Suite) glatiramère (acétate de) <i>Copaxone</i>	Période d'autorisation : 12 mois SN134 Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté deux poussées ou plus de la maladie au cours des deux dernières années et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7. 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. Période d'autorisation : 6 mois initialement; 12 mois par la suite <i>Note - Le délai accordé entre les deux poussées peut excéder deux ans, si les personnes concernées ont été préalablement traitées à l'aide d'un interféron bêta dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée.</i>
interféron bêta-1A <i>Avonex PS, Avonex Pen, Rebif</i>	SN133 Pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée. (Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> interféron bêta-1A <i>Avonex PS, Avonex Pen, Rebif</i>	Au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique doivent démontrer : ● la présence de quatre lésions ou plus de la substance blanche, dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire, et ● que le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus. Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par l'absence d'une nouvelle poussée clinique. Les posologies autorisées sont les suivantes : - 30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex^{MC}; - 22 mcg une fois par semaine pour le Rebif^{MC}; - 8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et l'Extavia^{MC}; - Aucune restriction posologique pour Copaxone^{MC}. Période d'autorisation : 12 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

**interféron
bêta-1A**Avonex PS,
Avonex Pen,
Rebif**SN134**

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de **forme rémittente** ayant présenté **deux poussées ou plus** de la maladie au cours des **deux dernières années** et dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

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**.

Période d'autorisation : 6 mois initialement; 12 mois par la suite

Note - Le délai accordé entre les deux poussées peut excéder deux ans, si les personnes concernées ont été préalablement traitées à l'aide d'un interféron bêta dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée.

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
(Voir page suivante)

Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> interféron bêta-1A <i>Avonex PS, Avonex Pen, Rebif</i>	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-1B <i>Betaseron, Betaseron - Trousse de mise en route, Extavia</i>	SN133 Pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée. Au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique doivent démontrer : ● la présence de quatre lésions ou plus de la substance blanche, dont une lésion localisée dans le cervelet, le corps calleux ou dans la région périventriculaire, et <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments

Codes et indications

(Suite)

interféron bêta-1B

*Betaseron,
Betaseron - Trousse de
mise en route,
Extavia*

- que le diamètre d'une de ces lésions est de 6 mm ou plus.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par **l'absence d'une nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- 30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex^{MC};
- 22 mcg une fois par semaine pour le Rebif^{MC};
- 8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et l'Extavia^{MC};
- Aucune restriction posologique pour Copaxone^{MC}.

Période d'autorisation : 12 mois

SN134

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de **forme rémittente** ayant présenté **deux poussées ou plus** de la maladie au cours des **deux dernières années** et dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

(Voir page suivante)

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> interféron bêta-1B <i>Betaseron, Betaseron - Trousse de mise en route, Extavia</i>	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. Période d'autorisation : 6 mois initialement; 12 mois par la suite <i>Note - Le délai accordé entre les deux poussées peut excéder deux ans, si les personnes concernées ont été préalablement traitées à l'aide d'un interféron bêta dans le cadre du traitement de la première poussée clinique aiguë avec démyélinisation documentée.</i> 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. <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> interféron bêta-1B <i>Betaseron, Betaseron - Trousse de mise en route, Extavia</i>	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
lisdexamfetamine (dimesylate de) Caps. <i>Vyvanse</i>	SN103 Pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie; Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente. SN132 Pour le traitement des adultes avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie; <i>(Voir page suivante)</i>

Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> lisdexamfetamine (dimesylate de) Caps. <i>Vyvanse</i>	Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
méthylphénidate (chlorhydrate de) Caps. L.A. <i>Biphentin</i>	SN103 Pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie; Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
méthylphénidate (chlorhydrate de) Co. L.A. (12 h) <i>Concerta,</i> <i>Novo-Methylphenidate ER-C</i>	SN103 Pour le traitement des enfants et des adolescents avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie; Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente. <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> méthylphénidate (chlorhydrate de) Co. L.A. (12 h) <i>Concerta, Novo-Methylphenidate ER-C</i>	SN132 Pour le traitement des adultes avec un trouble déficitaire de l'attention chez qui l'usage du méthylphénidate à courte action ou de la dexamphétamine n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie; Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, le stimulant doit avoir été titré de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.
modafinil <i>Alertec, Apo-Modafinil</i>	SN62 Pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique lorsque le sulfate de dexamphétamine ou le méthylphénidate sont inefficaces, contre-indiqués ou non-tolérés; <i>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.</i> SN63 Pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au <i>(Voir page suivante)</i>

Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> modafinil <i>Alertec, Apo-Modafinil</i>	syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale; <i>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.</i>
oxcarbazépine <i>Apo-Oxcarbazépine, Trileptal</i>	SN96 Pour le traitement de l'épilepsie; SN97 Pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine;
palipéridone (palmitate de) <i>Invega Sustenna</i>	SN94 Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un antipsychotique oral; SN95 Pour la personne chez qui l'administration d'un antipsychotique injectable conventionnel à action prolongée est inefficace ou mal toléré;

Médicaments	Codes et indications
pilocarpine (chlorhydrate de) Co. <i>Salagen</i>	SN45 Pour le traitement des personnes souffrant de xérostomie grave;
rasagiline (mésylate de) <i>Azilect</i>	SN116 Pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie;
riluzole <i>Rilutek</i>	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.

Système nerveux autonome ou central - SN

Médicaments	Codes et indications
rispéridone <i>Risperdal Consta</i>	SN94 Pour la personne qui présente un problème d'observance avec la prise d'un antipsychotique oral; SN95 Pour la personne chez qui l'administration d'un antipsychotique injectable conventionnel à action prolongée est inefficace ou mal toléré;
tizanidine (chlorhydrate de) <i>Apo-Tizanidine, Mylan-Tizanidine, Zanaflex</i>	SN47 Pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;
tocophéryle (acétate de dl-alpha) <i>Tocophéryle (acétate de dl-alpha)</i>	SN52 Pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E; <i>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.</i> <i>Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage dans le traitement de certaines maladies psychiatriques ou comme supplément à la diète (Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> tocophéryle (acétate de dl- alpha) <i>Tocophéryle (acétate de dl-alpha)</i>	<i>pour son effet antioxydant ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>

Médicaments	Codes et indications
calcium (gluconate de)/ calcium (lactate de) <i>SoluCAL (toutes saveurs)</i>	VA138 Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;
calcium (gluconate de)/ calcium (lactate de)/vitamine D <i>SoluCAL D (toutes saveurs)</i>	VA138 Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

Médicaments	Codes et indications
formules nutritives - glucose polymérisé <i>Polycal, Polycose</i>	VA2 Pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives;
formules nutritives - huile de coco fractionnée <i>Triglycérides à chaîne moyenne</i>	VA5 Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;
formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants) <i>Alimentum, Nutramigen, Nutramigen A+, Pregestimil, Pregestimil A+</i>	VA105 ◆ Pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes du lait. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation; ◆ Pour les nourrissons et les enfants nécessitant 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 au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation. <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants) <i>Alimentum, Nutramigen, Nutramigen A+, Pregestimil, Pregestimil A+</i>	<i>Note : Toute demande d'autorisation touchant un enfant âgé de 12 mois et plus doit être transmise en utilisant le formulaire de médicament d'exception ou Internet et être accompagnée de l'information pertinente.</i>
formules nutritives - lait écrémé/ huile de coco <i>Portagen</i>	VA5 Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;
formules nutritives - monomériques <i>Tolerex, Vivonex Plus, Vivonex Pédiatrique, Vivonex T.E.N.</i>	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; <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> formules nutritives - monomériques <i>Tolerex, Vivonex Plus, Vivonex Pédiatrique, Vivonex T.E.N.</i>	◆ Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale; ◆ Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;
formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants) <i>EO28 Splash, Nutramigen AA, Néocate, Néocate Junior, Néocate junior avec fibres prébiotiques</i>	VA136 Pour les nourrissons ou les enfants souffrant de l'un ou l'autre des problèmes suivants : ● une allergie aux protéines intactes du lait; ● 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 n'a pas réussi à éliminer les symptômes; <i>Note : Toute demande subséquente devra être faite en utilisant le formulaire de demande d'autorisation approprié.</i> Période d'autorisation : 12 mois <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants) <i>EO28 Splash, Nutramigen AA, Néocate, Néocate Junior, Néocate junior avec fibres prébiotiques</i>	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; <i>Note : Toute demande subséquente devra être faite en utilisant le formulaire de demande d'autorisation approprié.</i> Période d'autorisation : 12 mois
formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons) <i>Enfamil Enfacare A+, Similac Advance Neosure</i>	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;
formules nutritives - protéines <i>Beneprotein, Protifar</i>	VA122 Pour augmenter la teneur protéique des autres formules nutritives;

Médicaments	Codes et indications
formules nutritives - semi-élémentaires <i>Optimental, Peptamen, Peptamen 1.5, Peptamen AF, Peptamen Junior, Peptamen Junior 1.5, Peptamen avec Prebio 1, Perative, Vital H.N.</i>	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 <i>Fosrenol</i>	VA109 Comme chélateur du phosphore 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'hyperphosphorémie et qui ne reçoivent pas de lanthane hydraté, s'il s'agit d'une demande de sévéramer, et vice-versa. <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
<i>(Suite)</i> lanthane hydraté <i>Fosrenol</i>	<i>Note : L'utilisation concomitante du lanthane hydraté et du sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</i>
magnésium (hydroxyde de)/aluminium (hydroxyde d')	VA59 Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave; <i>Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage comme antiacide ne satisfont pas aux indications de paiement.</i>
sévélamer (carbonate de) <i>Renvela</i>	VA109 Comme chélateur du phosphore 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'hyperphosphorémie et qui ne reçoivent pas de lanthane hydraté, s'il s'agit d'une demande de sévélamer, et vice-versa. <i>Note : L'utilisation concomitante du lanthane hydraté et du sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</i>
sévélamer (chlorhydrate de) <i>Renagel</i>	VA109 Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave, lorsqu'un <i>(Voir page suivante)</i>

Médicaments	Codes et indications
(Suite) sévélamer (chlorhydrate de) <i>Renagel</i>	sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphorémie et qui ne reçoivent pas de lanthane hydraté, s'il s'agit d'une demande de sévélamer, et vice-versa. <i>Note : L'utilisation concomitante du lanthane hydraté et du sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.</i>

Index des médicaments codifiés

Aclasta, [zolédronique (acide)] 71
 Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35
 Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35
 Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35
 Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²), [pansement anti-odeur - charbon activé] 41
 Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²), [pansement anti-odeur - charbon activé] 41
 Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²), [pansement anti-odeur - charbon activé] 41
 Actos, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 Acular, [kétorolac (trométhamine de)] 75
 Adderall XR, [amphétamine (sels mixtes d')] 83
adéfovir dipivoxil, 1
 Advair 100 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 81
 Advair 125, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 81
 Advair 250, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 81
 Advair 250 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 81
 Advair 500 Diskus, [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 81
 Aggrenox, [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)] 16
 Alertec, [modafinil] 95
 Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Algisite M 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21

Algosteril (30 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21

Alimentum, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 101

aliskirène, 14

Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm²), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 29

Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm²), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 29

Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm²), [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 29

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35

Allevyn Compression (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Compression (5 cm x 6 cm - 30 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Plus Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Plus Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24

Allevyn Thin (15 cm x 20 cm - 300 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24
 Allevyn Thin (5 cm x 6 cm - 30 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 24
 Amaryl, [glimépiride] 50
amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique, 14
amphétamine (sels mixtes d'), 83
 Apo-Clopidrogel, [clopidogrel (bisulfate de)] 14
 Apo-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 59
 Apo-Gliclazide, [gliclazide] 50
 Apo-Glimepiride, [glimépiride] 50
 Apo-Kétorolac, [kétorolac (trométhamine de)] 75
 Apo-Lactulose, [lactulose] 60
 Apo-Leflunomide, [léflunomide] 70
 Apo-Megestrol, [méggestrol (acétate de)] 51, 72
 Apo-Modafinil, [modafinil] 95
 Apo-Oxcarbazepine, [oxcarbazépine] 96
 Apo-Pentoxifylline SR, [pentoxifylline] 18
 Apo-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 Apo-Tizanidine, [tizanidine (chlorhydrate de)] 98
 Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35
 Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35
 Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 35
 Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Arava, [léflunomide] 70

Avandamet, [rosiglitazone (maléate de)/ metformine (chlorhydrate de)] 56

Avandia, [rosiglitazone (maléate de)] 54

Avelox I.V., [moxifloxacin (chlorhydrate de)] 6

Avonex Pen, [interféron bêta-1A] 87

Avonex PS, [interféron bêta-1A] 87

Azilect, [rasagiline (mésylate de)] 97

Baraclude, [entécavir] 3

Beneprotein, [formules nutritives - protéines] 104

bétahistine (dichlorhydrate de), 83

Betaseron, [interféron bêta-1B] 90

Betaseron - Trousse de mise en route, [interféron bêta-1B] 90

Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 31

Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Biatain Ag Adhésive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39
 Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39
 Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36
 Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36
 Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36
 Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36
 Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36
 Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36
 Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32
 Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32
 Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32
 Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32
 Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Bio-Sennosides, [sennosides A & B] 63
 Biphentin, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 94

bisacodyl, 58
 Bisacodyl-Odan, [bisacodyl] 58
 Bravelle, [urofolitropine] 67
buprénorphine/naloxone, 84
cabergoline, 84
 Caduet, [amlodipine (bésylate d')/ atorvastatine calcique] 14
 Calax, [docusate de calcium] 59
calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de), 20
calcium (gluconate de)/calcium (lactate de), 100
calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D, 100
 Cancidas, [caspofongine (acétate de)] 2
carboxyméthylcellulose sodique, 73
carboxyméthylcellulose sodique/ purite, 73
caspofongine (acétate de), 2
 Celluvisc, [carboxyméthylcellulose sodique] 73
cétrorélix, 65
 Cetrotide, [cétrorélix] 65
choriogonadotropine alpha, 65
ciprofloxacine (chlorhydrate de), 2
 Ciprofloxacine Perfusion Intraveineuse, [ciprofloxacine (chlorhydrate de)] 2
citrate de sodium/ laurylsulfoacétate de sodium/ sorbitol, 58
 Climara -100, [estradiol-17B] 65
 Climara-25, [estradiol-17B] 65
 Climara -50, [estradiol-17B] 65
 Climara-75, [estradiol-17B] 65
 Climara Pro, [estradiol-17B/lévonorgestrel] 66
clindamycine (phosphate de), 2, 3
 Clindesse, [clindamycine (phosphate de)] 3
clopidogrel (bisulfate de), 14
 Co Betahistine, [bétahistine (dichlorhydrate de)] 83
 Co Cabergoline, [cabergoline] 84
 Co Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 14
 Codéine, [codéine (phosphate de)] 85
codéine (phosphate de), 85

Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25

Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42

Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42

Comfeel Plus Clear (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42

Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42

Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 Concerta, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 94
 Copa (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Copa (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Copaxone, [glatiramère (acétate de)] 86
 Co Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 Co Repaglinide, [répaglinide] 53
 Crinone, [progestérone] 67
 Curafoam (15 cm x 20 cm - 300 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Curasalt (15 cm x 17 cm - 255 cm²), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 20
 Curasorb 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Curasorb 60 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Curasorb 90 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 25
 Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Cutinova hydro (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42

Cutinova hydro (15 cm x 20 cm - 300 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42

Cutinova hydro (5 cm x 6 cm - 30 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42

Dalacin C, [clindamycine (phosphate de)] 2

delta-9-tétrahydrocannabinol, 58

denosumab, 70

Detrol, [toltérodine (l-tartrate de)] 64

Detrol LA, [toltérodine (l-tartrate de)] 64

Diamicron, [gliclazide] 50

Diamicron MR, [gliclazide] 50
diclofénac sodique, 74
 Diflucan, [fluconazole] 4
diphenhydramine (chlorhydrate de), 85
dipyridamole/ acétylsalicylique (acide), 16
 Ditropan XL, [oxybutynine (chlorure d'')] 64
 Docusate Calcium, [docusate de calcium] 59
docusate de calcium, 59
docusate de sodium, 59
 Docusate de Sodium, [docusate de sodium] 59
 Docusate Sodique, [docusate de sodium] 59
 Docusate sodium, [docusate de sodium] 59
dornase alfa, 79
 Dostinex, [cabergoline] 84
 Dovobet, [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 20
 DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 42
 DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46
 DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46
 DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216
cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²), [pansement de
rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 43

DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²), [pansement de
rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 43

DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²), [pansement de
rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 43

DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²),
[pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou
polyuréthane] 43

DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 43

DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 43

DuoTrav, [travoprost/ timolol (maléate de)] 77

Effient, [prasugrel] 18

Elidel, [pimécrolimus] 47

Endometrin, [progestérone] 67

Enfamil Enfacare A+, [formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 104

entécavir, 3

EO28 Splash, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 103

Estalis 140/50, [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 65

Estalis 250/50, [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 65

Estraderm 100, [estradiol-17B] 65

Estraderm 25, [estradiol-17B] 65

estradiol-17B, 65

estradiol-17B/lévonorgestrel, 66

estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de), 65

Estradot, [estradiol-17B] 65

Estrogel, [estradiol-17B] 65

Euro-Docusate, [docusate de sodium] 59

Euro-Docusate C, [docusate de sodium] 59

Euro-Lac, [lactulose] 60

Euro-Senna, [sennosides A & B] 63

Extavia, [interféron bêta-1B] 90

Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

ézétimibe, 16

Ezetrol, [ézétimibe] 16

filgrastim, 68

Fleet, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 61

Fleet Huileux, [huile minérale] 60

Fleet Pédiatrique, [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 61

fluconazole, 4

Fludara, [fludarabine (phosphate de)] 72

fludarabine (phosphate de), 72

follitrophine alpha, 66

follitrophine bêta, 66

formotérol (fumarate dihydraté de)/ budésonide, 79

formules nutritives - glucose polymérisé, 101

formules nutritives - huile de coco fractionnée, 101

formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants), 101

formules nutritives - lait écrémé/ huile de coco, 102

formules nutritives - monomériques, 102

formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants), 103

formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons), 104

formules nutritives - protéines, 104

formules nutritives - semi-élémentaires, 105

Fosrenol, [lanthane hydraté] 105

ganirelix, 66

glatiramère (acétate de), 86

gliclazide, 50

Gliclazide, [gliclazide] 50

Gliclazide-80, [gliclazide] 50

Gliclazide MR, [gliclazide] 50

glimépiride, 50

GlucoNorm, [répaglinide] 53

glycérine, 59

gonadotrophine chorionique, 66

Gonadotrophine Chorionique, [gonadotrophine chorionique] 66

gonadotrophines, 67

Gonal-f, [follitrophine alpha] 66

Hepsera, [adéfovir dipivoxil] 1

huile minérale, 60

Huile Minérale, [huile minérale] 60

Humalog Mix 25, [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 50

Humalog Mix 25 KwikPen, [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 50

hydroxypropylméthylcellulose, 74

hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70, 75

insuline aspart/ insuline aspart protamine, 50

insuline lispro/ insuline lispro protamine, 50

interféron bêta-1A, 87

interféron bêta-1B, 90

Invega Sustenna, [palipéridone (palmitate de)] 96

Iodosorb, [pansement antimicrobien - iode] 38

Iopto Tears, [hydroxypropylméthylcellulose] 74

Jamp-Bisacodyl, [bisacodyl] 58

Jamp-Diphenhydramine, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 85

Jamp-Docusate Calcium, [docusate de calcium] 59

Jamp-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 59

Jamp-Lactulose, [lactulose] 60

Jamp-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52

Jamp-Senna, [sennosides A & B] 63

Jamp-Sennaquil, [sennosides A & B] 63

Jamp-Sennosides Enrobé, [sennosides A & B] 63

Janumet, [sitagliptine/metformine] 56

Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21

Kaltostat 40 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21

Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21

Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21

kétorolac (trométhamine de), 75

Lacrilube, [paraffine/huile minérale] 76
lactulose, 60
 Lait de Magnésie, [magnésium (hydroxyde de)] 61
lanthane hydraté, 105
latanoprost/ timolol (maléate de), 75
 Lax-A-Day, [polyéthylène glycol] 61
 Leflunomide, [léflunomide] 70
léflunomide, 70
 Levaquin, [lévofloxacine] 4
lévofloxacine, 4
linezolide, 5
lisdexamfetamine (dimesylate de), 93
magnésium (hydroxyde de), 61
magnésium (hydroxyde de)/ aluminium (hydroxyde d'), 106
 Marinol, [delta-9-tétrahydrocannabinol] 58
 Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
mégestrol (acétate de), 51, 72
 Melgisorb (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 21
 Melgisorb (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 Melgisorb (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 Melgisorb 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36
 Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Menopur, [gonadotrophines] 67

Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 32

Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 39

Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Mepilex Border Sacrum (18 cm x 18 cm - 120 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex Border Sacrum (23 cm x 23 cm - 238 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²), [pansement interface - polyamide ou silicone] 47

Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²), [pansement interface - polyamide ou silicone] 47

Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²), [pansement interface - polyamide ou silicone] 47

Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²), [pansement interface - polyamide ou silicone] 47

Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 20

Mesalt (1 m), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 20

Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 20

Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²), [pansement absorbant - chlorure de sodium] 20

méthylphénidate (chlorhydrate de), 94

métronidazole, 5

Microlax, [citrate de sodium/ laurylsulfoacétate de sodium/ sorbitol] 58

Mint-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52

modafinil, 95

moxifloxacin (chlorhydrate de), 6

multivitamines, 80, 81

Mylan-Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 14

Mylan-Gliclazide, [gliclazide] 50

Mylan-Leflunomide, [léflunomide] 70

Mylan-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52

Mylan-Tizanidine, [tizanidine (chlorhydrate de)] 98

Nadryl 25, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 85

Néocate, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 103

Néocate Junior, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 103

Néocate junior avec fibres prébiotiques, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 103

Neupogen, [filgrastim] 68

Nidagel, [métronidazole] 5

Novo-Betahistine, [bétahistine (dichlorhydrate de)] 83

Novo-Docusate, [docusate de sodium] 59

Novo-Docusate Calcium, [docusate de calcium] 59

Novo-Gliclazide, [gliclazide] 50

Novo-Glimepiride, [glimépiride] 50

Novo-Leflunomide, [léflunomide] 70

Novo-Methylphenidate ER-C, [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 94

NovoMix30, [insuline aspart/ insuline aspart protamine] 50

Novo-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52

Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Nu-Derm Alginate 30 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Nu-Derm Hydrocolloid Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Nu-Derm Hydrocolloid Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Nu-Derm Hydrocolloid Border (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Nu-Derm Hydrocolloid Border (Sacrum 18 cm x 18 cm - 135 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Nu-Derm Hydrocolloid Standard (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Nu-Derm Hydrocolloid Standard (20 cm x 20 cm - 400 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Nu-Derm Hydrocolloid Thin (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Nutramigen, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 101

Nutramigen A+, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 101

Nutramigen AA, [formules nutritives - monomériques avec fer (nourrissons ou enfants)] 103

Oesclim 25, [estradiol-17B] 65

Oesclim 50, [estradiol-17B] 65

Onglyza, [saxagliptine] 56

Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²), [pansement antimicrobien bordé - argent] 40

Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 36

Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 26

Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Optimental, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

Orgalutran, [ganirelix] 66

oseltamivir (phosphate d'), 6

Ovidrel, [choriogonadotropine alpha] 65

oxcarbazépine, 96

oxybutynine, 64

oxybutynine (chlorure d'), 64

Oxytrol, [oxybutynine] 64

palipéridone (palmitate de), 96

pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne, 29

pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes, 30

pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association, 31

pansement absorbant - chlorure de sodium, 20

pansement absorbant - fibres gélifiantes, 21

pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association, 24

pansement antimicrobien - argent, 35

pansement antimicrobien bordé - argent, 39

pansement antimicrobien - iode, 38

pansement anti-odeur - charbon activé, 41

pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane, 46

pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane, 42

pansement interface - polyamide ou silicone, 47

paraffine/huile minérale, 76

Peg 3350, [polyéthylène glycol] 61

PegaLAX (14 sachets de 17 grammes), [polyéthylène glycol] 61

PegLyte (280 g), [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 62

PegLyte (sachet de 70 g), [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 62

pentoxifylline, 18

Peptamen, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

Peptamen 1.5, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

Peptamen AF, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

Peptamen avec Prebio 1, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

Peptamen Junior, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

Peptamen Junior 1.5, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

Perative, [formules nutritives - semi-élémentaires] 105

pHl-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 59

pHl-Leflunomide, [léflunomide] 70

pHl-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52

pHl-Sennosides, [sennosides A & B] 63

phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium, 61

pilocarpine (chlorhydrate de), 97

pimécrolimus, 47

Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52

pioglitazone (chlorhydrate de), 52

Pioglitazone HCl, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52

Plavix, [clopidogrel (bisulfate de)] 14

pms-Bisacodyl, [bisacodyl] 58

Pms-Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 14

pms-Diphenhydramine, [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 85

pms-Docusate, [docusate de sodium] 59

pms-Docusate-Calcium, [docusate de calcium] 59
 pms-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 59
 pms-Gliclazide, [gliclazide] 50
 pms-Glimepiride, [glimépiride] 50
 pms-Lactulose, [lactulose] 60
 pms-Leflunomide, [léflunomide] 70
 pms-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 pms-Repaglinide, [répaglinide] 53
 pms-Sennosides, [sennosides A & B] 63
 Polycal, [formules nutritives - glucose polymérisé] 101
 Polycose, [formules nutritives - glucose polymérisé] 101
polyéthylène glycol, 61
polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de), 62
polyvinylique (alcool), 76
polyvinylique (alcool)/ povidone, 77
 Portagen, [formules nutritives - lait écrémé/ huile de coco] 102
prasugrel, 18
 Pregestimil, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 101
 Pregestimil A+, [formules nutritives - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)] 101
 Pregnyl, [gonadotrophine chorionique] 66
progestérone, 67
progestérone micronisée, 67
 Prolia, [denosumab] 70
 Prometrium, [progestérone micronisée] 67
 Pro-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 Protifar, [formules nutritives - protéines] 104
 Protopic, [tacrolimus] 47
psyllium (mucilage de), 62
 Pulmozyme, [dornase alfa] 79
 Puregon, [follitropine bêta] 66
rasagiline (mésylate de), 97
 Rasilez, [aliskirène] 14

ratio-Docusate Sodium, [docusate de sodium] 59
 ratio-Glimepiride, [glimépiride] 50
 ratio-Kétorolac, [kétorolac (trométhamine de)] 75
 ratio-Lactulose, [lactulose] 60
 ratio-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 Rebif, [interféron bêta-1A] 87
 Refresh, [polyvinylque (alcool)] 76
 Refresh plus, [carboxyméthylcellulose sodique] 73
 Refresh tears, [carboxyméthylcellulose sodique/ purite] 73
 Relaxa, [polyéthylène glycol] 61
 Relenza, [zanamivir] 10
 Renagel, [sévélamer (chlorhydrate de)] 106
 Renvela, [sévélamer (carbonate de)] 106
répaglinide, 53
 Repronex, [gonadotrophines] 67
 Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 10 x 12,5-125cm²,
 [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en
 association] 27
 Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 15-225 cm²,
 [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en
 association] 27
 Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 15 x 20-300 cm²,
 [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en
 association] 27
 Restore Advanced Lite Pans. Hydrocellulaire 6 cm x
 6cm-36cm², [pansement absorbant - mousse hydrophile seule
 ou en association] 27
 Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x15-100
 cm², [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule
 ou en association] 33
 Restore Advanced Pans. hydrocellulaire adhésif 15x20-125
 cm², [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule
 ou en association] 33
 Restore Advanced Pansement Hydrocellulaire
 10cmx10cm-100cm², [pansement absorbant - mousse
 hydrophile seule ou en association] 27

Restore Advanced Pansement Hydrocellulaire 15cm x 15cm-225cm², [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Restore Pansement alginate de calcium Argent 10,2x12-122 cm², [pansement antimicrobien - argent] 37

Restore Pansement d'alginate calcium, Argent 5cm x 5cm-25cm², [pansement antimicrobien - argent] 37

Restore Pansement d'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm-26cm²) , [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 10 cm-100 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Restore Pansement d'alginate calcium (10 cm x 20 cm-200 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 10cm x10cm-100cm², [pansement antimicrobien - argent] 37

Restore Pansement hydrocellulaire, Argent 15cm x 20cm-300cm², [pansement antimicrobien - argent] 37

Retin-A, [trétinoïne] 48, 49

Rilutek, [riluzole] 97

riluzole, 97

Risperdal Consta, [rispéridone] 98

rispéridone, 98

rivaroxaban, 19

Riva-Senna, [sennosides A & B] 63

rosiglitazone (maléate de), 54

rosiglitazone (maléate de)/ metformine (chlorhydrate de), 56

Salagen, [pilocarpine (chlorhydrate de)] 97

salbutamol (sulfate de), 81

salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de), 81

Sandoz Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 14

Sandoz Estradiol Derm 100, [estradiol-17B] 65

Sandoz Estradiol Derm 50, [estradiol-17B] 65

Sandoz Estradiol Derm 75, [estradiol-17B] 65

Sandoz Eyelube, [hydroxypropylméthylcellulose] 74

Sandoz Gliclazide, [gliclazide] 50

Sandoz Glimepiride, [glimépiride] 50
 Sandoz Leflunomide, [léflunomide] 70
 Sandoz Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 Sandoz Repaglinide, [répaglinide] 53
saxagliptine, 56
 SeaSorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37
 SeaSorb Soft (10 cm x 10 cm - 100 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 SeaSorb Soft (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 SeaSorb Soft 44 cm, [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 Selax, [docusate de sodium] 59
 Sennatab, [sennosides A & B] 63
 Sennosides, [sennosides A & B] 63
sennosides A & B, 63
 Senokot, [sennosides A & B] 63
 Serc, [bétahistine (dichlorhydrate de)] 83
sévélamer (carbonate de), 106
sévélamer (chlorhydrate de), 106
 Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37
 Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37
 Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37
 Similac Advance Neosure, [formules nutritives - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 104
sitagliptine/metformine, 56
 Soflax, [docusate de sodium] 59
solifénacine (succinate de), 64
 SoluCAL (toutes saveurs), [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 100
 SoluCAL D (toutes saveurs), [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 100

Stieva-A, [trétinoïne] 48, 49

Stieva-A Forte, [trétinoïne] 48

Suboxone, [buprénorphine/naloxone] 84

Symbicort 100 Turbuhaler, [formotérol (fumarate dihydraté de)/ budésonide] 79

Symbicort 200 Turbuhaler, [formotérol (fumarate dihydraté de)/ budésonide] 79

tacrolimus, 47

Tamiflu, [oseltamivir (phosphate d'')] 6

Tarka, [trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de)] 19

Tears Naturelle, [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 75

Tears Naturelle, [paraffine/huile minérale] 76

Tears Naturelle II, [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 75

Tears Plus, [polyvinylique (alcool)/ povidone] 77

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm², [pansement interface - polyamide ou silicone] 47

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm², [pansement interface - polyamide ou silicone] 47

Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm², [pansement interface - polyamide ou silicone] 47

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37

Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm²), [pansement antimicrobien - argent] 37

Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x10-100cm², [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x20-200cm², [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm², [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm², [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm², [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm², [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm², [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm², [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm²), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm²), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm²), [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm², [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm², [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46

Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm², [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 46

Teva Clopidogrel, [clopidogrel (bisulfate de)] 14

Teva Lactulose, [lactulose] 60

Tielle (11 cm x 11 cm - 49 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tielle (15 cm x 15 cm - 121 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tielle (15 cm x 20 cm - 176 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tielle (18 cm x 18 cm - 196 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tielle (7 cm x 9 cm - 15 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 33

Tielle Max (11 cm x 11 cm - 121 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Tielle Max (15 cm x 15 cm - 225 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Tielle Max (15 cm x 20 cm - 300 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 27

Tielle Plus (11 cm x 11 cm - 49 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tielle Plus (15 cm x 15 cm - 121 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tielle Plus (15 cm x 20 cm - 176 cm²), [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 cm²), [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 28

tizanidine (chlorhydrate de), 98

Tobi, [tobramycine (sulfate de)] 9

Tobi Podhaler, [tobramycine (sulfate de)] 9

tobramycine (sulfate de), 9

tocophéryle (acétate de dl-alpha), 98

Tocophéryle (acétate de dl-alpha), [tocophéryle (acétate de dl-alpha)] 98

Tolerex, [formules nutritives - monomériques] 102

toltérodine (l-tartrate de), 64

trandolapril/ vérapamil (chlorhydrate de), 19

travoprost/ timolol (maléate de), 77

Trental, [pentoxifylline] 18

trétinoïne, 48, 49

Triglycérides à chaîne moyenne, [formules nutritives - huile de coco fractionnée] 101

Trileptal, [oxcarbazépine] 96

Trosec, [trospium (chlorure de)] 64

trospium (chlorure de), 64

Ultec (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Ultec (15,2 cm x 20,3 cm - 309 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 44

Ultec (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm²), [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 45

urofollitropine, 67

Uromax, [oxybutynine (chlorure d'')] 64

Valcyte, [valganciclovir (chlorhydrate de)] 9

valganciclovir (chlorhydrate de), 9

Ventolin Diskus, [salbutamol (sulfate de)] 81

Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 30

Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 30

Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 30

Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²), [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 30

Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²), [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22

Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²),
 [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²),
 [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 22
 Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²),
 [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 23
 Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²), [pansement
 absorbant bordé - fibres gélifiantes] 30
vertéporfine, 78
 Vesicare, [solifénacine (succinate de)] 64
 Vfend, [voriconazole] 9, 10
 Visudyne, [vertéporfine] 78
 Vital H.N., [formules nutritives - semi-élémentaires] 105
 Vitamin A Acid Gel, [trétinoïne] 49
 Vitamin A Acid Gel Doux, [trétinoïne] 49
 Vivonex Pédiatrique, [formules nutritives - monomériques] 102
 Vivonex Plus, [formules nutritives - monomériques] 102
 Vivonex T.E.N., [formules nutritives - monomériques] 102
 Voltaren Ophta, [diclofénac sodique] 74
voriconazole, 9, 10
 Vyvanse, [lisdexamfetamine (dimesylate de)] 93
 Xalacom, [latanoprost/ timolol (maléate de)] 75
 Xamiol, [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 20
 Xarelto, [rivaroxaban] 19
 Zanaflex, [tizanidine (chlorhydrate de)] 98
zanamivir, 10
zolédronique (acide), 71
 Zym-Pioglitazone, [pioglitazone (chlorhydrate de)] 52
 Zyvoxam, [linezolid] 5