



LISTE DES MÉDICAMENTS

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISSN 1913-2786

ISBN 978-2-555-04120-2 (PDF)

Québec, le 23 juin 2026

Annexe 1

Liste des médicaments 25 juin 2026

Table des matières

1. DÉTERMINATION DU PRIX D'UN MÉDICAMENT	3
2. MÉDICAMENT BIOLOGIQUE	7
3. MÉDICAMENT MAGISTRAL	8
4. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION	10
5. FOURNITURES	13
6. MÉDICAMENTS COUVERTS PAR LA MESURE DU PATIENT D'EXCEPTION	13
7. CAS D'EXCEPTION À L'EXCLUSION TEMPORAIRE D'UN MÉDICAMENT DES GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	21
8. MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)	21
9. NOMBRE MAXIMAL DE RÉACTIFS QUANTITATIFS DU GLUCOSE DANS LE SANG (BANDELETTES)	22
10. TRAITEMENT DE LA MALADIE À CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)	23

ANNEXE I :	Liste des fabricants ayant soumis des prix de vente garantis différents pour les grossistes et les pharmaciens.
ANNEXE II :	Liste des grossistes en médicaments reconnus par le ministre et marge bénéficiaire de chaque grossiste reconnu.
ANNEXE III :	Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum.
ANNEXE III.1 :	Liste des préparations magistrales standardisées.
ANNEXE IV :	Liste des médicaments d'exception avec indications reconnues pour paiement.
ANNEXE IV.1 :	Liste des médicaments d'exception dont les indications reconnues demeurent couvertes pour les personnes en cours de traitement.
ANNEXE IV.2 :	Médicaments d'exception dont la couverture d'assurance est maintenue pour les personnes en cours de traitement selon les conditions prévues au point 4.2.3. de la <i>Liste des médicaments</i>
ANNEXE V :	<i>Liste des médicaments</i> pour lesquels la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas.

LÉGENDE

Sections et classes thérapeutiques*

4:00	Antihistaminiques
8:00	Anti-infectieux
10:00	Antinéoplasiques
12:00	Médicaments autonomes
20:00	Agents de formation du sang
24:00	Médicaments cardiovasculaires
28:00	Agents du système nerveux central
36:00	Agents diagnostiques
40:00	Équilibre électrolytique
48:00	Agents des voies respiratoires
52:00	Préparations yeux, oreilles, nez et gorge
56:00	Médicaments gastro-intestinaux
64:00	Antagonistes des métaux lourds
68:00	Hormones et substituts synthétiques
84:00	Agents de la peau et des muqueuses
86:00	Agents relaxant des muscles lisses
88:00	Vitamines
90:00	Agents immunomodulateurs
91:00	Antidotes thérapeutiques
92:00	Divers agents thérapeutiques
94:00	Appareils

Médicaments d'exception

Fournitures

Produits pour médicament magistral

Véhicules, solvants ou adjuvants

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

1. DÉTERMINATION DU PRIX D'UN MÉDICAMENT

Le prix d'un médicament inscrit à la *Liste des médicaments (Liste)* est celui qui est établi selon le concept du « prix de vente garanti » en conformité avec les dispositions de l'engagement du fabricant et selon les méthodes d'établissement du prix de chaque médicament édicté par l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01).

Toutefois, dans certaines circonstances, aucun prix n'est indiqué à la *Liste*. Le prix payable est alors le prix coûtant du pharmacien. Ceci peut être le cas notamment pour :

- un médicament d'un fabricant non reconnu qui a été jugé unique et essentiel : le symbole « UE » figure dans la colonne du prix unitaire;
- un produit pour médicament magistral;
- un solvant, véhicule ou adjuvant;
- une fourniture;
- un médicament inscrit sous sa dénomination commune seulement, sans marque de commerce ni nom de fabricant.

Le prix payable est également le prix coûtant du pharmacien pour un médicament non inscrit à la *Liste* qui fait exceptionnellement l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments en application de la mesure du patient d'exception prévue au point 6..

Pour les médicaments retirés du marché par un fabricant, le symbole « R » figure dans la colonne du prix unitaire. Pour permettre l'écoulement des stocks en circulation, ces produits demeurent payables durant la période de validité de la présente édition.

1.1. Prix de vente garanti

L'engagement du fabricant stipule qu'il doit soumettre un prix de vente garanti par format pour tout médicament qu'il désire faire inscrire à la *Liste*; le nombre de formats est limité à deux. En outre, le prix soumis doit tenir compte des prix pour les quantités qui sont des multiples de ces formats.

Il peut arriver que l'utilité thérapeutique de plus de deux formats soit établie dans le cas de certains médicaments comme des antibiotiques en suspension orale, des solutions ophtalmiques, des crèmes et des pommades topiques. Le fabricant peut alors soumettre un prix de vente garanti pour chacun des formats.

Le prix de vente garanti doit demeurer en vigueur durant la période de validité de la *Liste des médicaments*.

Le prix de vente garanti peut être différent pour les ventes aux pharmaciens et aux grossistes. Si tel est le cas, l'écart entre le prix pour les pharmaciens et le prix pour les grossistes ne peut être supérieur à 6,50 % pour chaque format et il peut être différent pour chacun des produits visés. Pour un produit donné, l'écart est le même pour tous les formats. Les prix de vente garantis par un fabricant pour les grossistes doivent être les mêmes pour tous les grossistes.

Il est à noter que c'est le prix de vente garanti pour les pharmaciens qui est inscrit à la *Liste*.

Les noms des fabricants ayant soumis des prix de vente garantis différents pour les pharmaciens et les grossistes paraissent à l'annexe I.

1.2. Prix payable

Le prix d'un médicament est le prix auquel il est vendu par un fabricant ou un grossiste reconnu. Ce prix est établi conformément à la méthode ci-dessous ou, le cas échéant, correspond au montant maximum indiqué à la *Liste*.

1.2.1. Prix réel d'acquisition

La méthode applicable pour l'établissement du prix payable est celle du prix réel d'acquisition.

En fonction de la méthode du prix réel d'acquisition, les prix remboursables aux pharmaciens sont ceux de la *Liste* en vigueur au moment de l'exécution de l'ordonnance en tenant compte de la source d'approvisionnement et du format.

En fonction de cette méthode, lorsqu'aucun prix n'est indiqué à la *Liste* pour un médicament ou un produit ou lorsqu'un médicament qui n'est pas inscrit à la *Liste* fait exceptionnellement l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments en application de la mesure du patient d'exception prévue au point 6., le prix payable est le prix coutant du pharmacien.

1.2.2. Prix le plus bas

Le prix le plus bas s'applique lorsque, pour une même dénomination commune, de même forme et de même teneur, deux fabricants ou plus ont des médicaments inscrits à la *Liste des médicaments*.

Le prix le plus bas s'applique également lorsqu'un médicament d'exception, prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette *Liste* au regard de ce médicament, fait exceptionnellement l'objet de garanties du régime général d'assurance médicaments en application du point 6..

1.2.2.1. Méthode du prix le plus bas

La méthode du prix le plus bas consiste pour les médicaments de même dénomination commune, de même forme et de même teneur à établir le prix payable d'un médicament en fonction de la marque de commerce dont le prix de vente garanti par le fabricant est le moins élevé pour un format donné.

Toutefois, pour les médicaments de forme orale solide de même dénomination commune, de même forme et de même teneur, la méthode du prix le plus bas consiste à établir le prix payable d'un médicament en fonction du prix unitaire de la marque de commerce dont le prix de vente garanti par le fabricant est le moins élevé, et ce, sans égard à son format.

1.2.2.2. Regroupement de formes pharmaceutiques et de teneurs

Pour l'application de la méthode du prix le plus bas, certaines formes pharmaceutiques ou teneurs en ingrédients actifs d'un médicament peuvent être regroupées au sein d'une même dénomination commune. Le prix payable est alors établi en fonction des doses correspondantes.

1.2.2.3. Exceptions à la méthode du prix le plus bas

La méthode du prix le plus bas ne s'applique pas lorsque l'auteur de l'ordonnance indique de ne pas substituer un médicament de même dénomination commune à un médicament innovateur qu'il prescrit dans les cas et les conditions suivantes :

- 1° pour le remboursement de Prevacid^{MC} FasTab, lorsqu'il est prescrit à une personne âgée de moins de 18 ans pour laquelle l'utilisation d'un comprimé à dissolution orale est essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés;
- 2° pour le remboursement de DDAVP^{MC} Melt, lorsqu'il est prescrit à une personne pour laquelle l'utilisation d'un comprimé à dissolution orale est essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés;
- 3° pour le remboursement de Cellcept^{MC}, Clozaril^{MC}, Depakene^{MC}, Dilantin^{MC}, Epival^{MC}, Imuran^{MC}, Myfortic^{MC}, OxyNeo^{MC}, Prograf^{MC}, Tegretol^{MC} ou Tegretol CR^{MC}, lorsqu'il est prescrit à une personne qui en a déjà obtenu le remboursement dans les douze (12) mois précédant le 2 juillet 2025 à la suite de la présentation d'une ordonnance sur laquelle l'auteur indiquait de ne pas substituer ce médicament;
 - 3.1° pour le remboursement d'Advagraf^{MC}, lorsqu'il est prescrit à une personne qui en a déjà obtenu le remboursement dans les douze (12) mois précédant le 4 février 2026;
- 4° pour le remboursement d'un autre médicament inscrit à la *Liste* lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :
 - a) le médicament de même dénomination commune le moins coûteux cause à la personne qui l'utilise une allergie ou une intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans sa composition, mais absent de celle du médicament innovateur;
 - b) dans le cas d'une intolérance, celle-ci est grave et a eu pour conséquence une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation, une intervention médicale d'urgence ou une invalidité ou une incapacité persistante ou importante;
 - c) un médicament générique ayant une composition identique à celle de l'innovateur n'est pas disponible au Canada;
 - d) un médicament générique qui ne contient pas un ingrédient non médicinal qui cause une allergie ou une intolérance grave à la personne visée par l'ordonnance n'est pas disponible au Canada.

Toute personne voulant se prévaloir de l'exception prévue au paragraphe 4° du premier alinéa doit, par l'entremise de l'auteur de l'ordonnance, remplir le formulaire fourni à cette fin par la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) et le lui transmettre. Lorsque la demande est acceptée, le médicament qui en fait l'objet n'est exclu de la méthode du prix le plus bas que pour la durée autorisée par la Régie.

La méthode du prix le plus bas ne s'applique également pas aux médicaments énumérés à l'annexe V. est inscrit dans cette annexe un médicament qui possède l'une des caractéristiques suivantes :

- médicament hautement toxique ou ayant un index thérapeutique étroit;
- médicament dont le début d'action et le taux d'absorption sont cliniquement importants;
- médicament ayant une présentation ou une utilisation particulière.

De même, la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas aux médicaments biologiques visés au point 2.1..

De même, la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas aux médicaments qui font l'objet des garanties du régime général en vertu des points 4.2.2. et 4.2.3..

1.2.3. Montant maximum

Le ministre peut établir un montant maximum pour le paiement d'un médicament. Dans un tel cas, le prix payable ne peut excéder le montant maximum indiqué à la *Liste*.

Toutefois, pourvu que les conditions prévues au point 8. soient par ailleurs respectées, le montant maximum indiqué à la *Liste* pour le paiement des médicaments Nexium^{MC} et Prevacid^{MC} FasTab^{MC} ne s'applique pas lorsque le patient concerné est atteint de dysphagie grave ou porteur d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale et qu'il ne peut prendre ce médicament que si celui-ci est dissous. Le prix payable est alors le prix réel d'acquisition par le pharmacien.

1.2.4. Marge bénéficiaire du grossiste en médicaments reconnu

La marge bénéficiaire du grossiste n'est payable que si le médicament a été effectivement acheté par l'intermédiaire d'un grossiste reconnu. Elle peut cependant être limitée à un montant maximum pour certains médicaments coûteux selon les modalités décrites ci-après.

En vertu de cette disposition, le grossiste doit déclarer, conformément à l'engagement pris, le pourcentage de marge bénéficiaire qu'il devra exclusivement ajouter au prix de vente garanti du fabricant pour les médicaments inscrits à la *Liste* durant la période de validité de celle-ci, sauf ceux pour lesquels des prix de vente garantis différents pour les grossistes et les pharmaciens sont soumis.

La liste des grossistes en médicaments reconnus par le ministre et la marge bénéficiaire de chacun d'eux pour la période de validité de la *Liste* sont mentionnés à l'annexe II.

1.2.4.1. Plafonnement de la marge bénéficiaire

La réglementation prévoit que la marge bénéficiaire peut être limitée à un montant maximum pour certains médicaments coûteux.

En effet, pour ces médicaments, la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum de 49 \$. Les produits visés par cette mesure sont ceux dont le prix de vente garanti aux grossistes, du plus petit format ou de son multiple indivisible, se situe à 754 \$ ou plus. Le prix paraissant à la *Liste* est le prix de vente garanti pour les pharmaciens et n'inclut pas la marge bénéficiaire.

La liste des produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant de 49 \$ paraît à l'annexe III. Cette marge bénéficiaire est limitée au même montant pour les médicaments mentionnés aux annexes IV.1 et IV.2.

1.2.4.2. Deux prix de vente garantis

Lorsqu'un fabricant a soumis un prix de vente garanti différent pour les pharmaciens et les grossistes, le prix payable est établi de la façon suivante :

Si l'écart en pourcentage entre le prix de vente garanti pour les grossistes et le prix de vente garanti pour les pharmaciens est égal ou supérieur à 5 %, cet écart constitue la marge bénéficiaire du grossiste. Le prix payable est alors égal au prix de vente garanti pour les pharmaciens, sauf s'il s'agit d'un produit coûteux, puisque la marge est alors limitée à 49 \$. Si l'écart en pourcentage entre le prix de vente garanti pour les grossistes et le prix de vente garanti pour les pharmaciens est inférieur à 5 %, le prix payable est le prix de vente garanti pour les grossistes majorés de la marge bénéficiaire du grossiste.

1.2.5. Conditions d'approvisionnement

Les produits inscrits à la *Liste* ne sont payables par la Régie au pharmacien que si ce dernier les a achetés par l'intermédiaire d'un fabricant reconnu ou d'un grossiste reconnu.

Pour son approvisionnement en médicaments, le pharmacien doit appliquer des règles de saine gestion et prévoir des achats rationnels basés sur la quantité dispensée d'un médicament durant une période d'au moins 30 jours.

1.2.6. Prix payable pour les médicaments fournis par des établissements

En vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie (chapitre P-10), des établissements sont autorisés à fournir des médicaments à des personnes autres que celles qui sont admises ou inscrites auprès d'eux. En plus des responsabilités qui leurs sont confiées en vertu du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation (chapitre A-28, r. 1), ces établissements peuvent facturer au régime général les médicaments inscrits à la *Liste* lorsqu'ils sont fournis à des personnes assurées par le régime général.

Dans ce cas, le prix payable à l'établissement est le plus bas entre le prix réel d'acquisition et le prix établi, conformément à la méthode paraissant à la *Liste*.

2. MÉDICAMENT BIOLOGIQUE

2.1. Définitions

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

2.2. Règles générales

L'inscription, lors de deux mises à jour consécutives de la *Liste*, d'un médicament biosimilaire met fin à la couverture de son médicament biologique de référence par le régime général d'assurance médicaments, à compter de la mise à jour suivante. À partir de cette dernière mise à jour, seul le médicament biosimilaire à ce médicament biologique de référence fait l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments sauf dans les cas prévus au point 2.3.

Un médicament biologique d'origine qui n'est pas inscrit à la *Liste* et dont le paiement est permis en application de la mesure du patient d'exception prévue au point 6. de la *Liste* fait l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments jusqu'à ce qu'un médicament biosimilaire à ce médicament soit commercialisé au Canada.

Le médicament biologique de référence ne fait alors plus l'objet des garanties du régime sauf dans les cas prévus au point 2.3.

2.3. Maintien de la garantie par le régime général d'assurance médicaments

Malgré le premier ou le deuxième alinéa du point 2.2., le coût d'un médicament biologique de référence continue de faire l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments pour la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament biologique de référence qui a reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant la fin de la couverture du médicament en application du point 2.2. dans les cas suivants :

- 1° (paragraphe abrogé);
- 2° pour la femme enceinte, incluant les douze (12) mois suivant l'accouchement;
- 3° pour la personne âgée de moins de 18 ans, et ce, pour la durée restante de son autorisation jusqu'à un maximum de douze (12) mois suivant la date de son dix-huitième anniversaire ou, en l'absence d'autorisation, jusqu'à la date de son dix-neuvième anniversaire;
- 4° pour la personne qui a présenté un échec thérapeutique avant le début du traitement avec le médicament biologique de référence à au moins deux autres médicaments biologiques :
 - a) de dénominations communes différentes de celle du médicament biologique de référence et entre eux;
 - b) utilisés pour traiter la même condition médicale.

Malgré le premier alinéa du point 2.2., le coût de Humalog^{MC} continue de faire l'objet des garanties du régime général si la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament le reçoit par pompe à insuline et si elle a commencé le traitement et reçu un remboursement avant le 3 mars 2021.

Malgré le premier alinéa du point 2.2., le coût de Lucentis^{MC} continue de faire l'objet des garanties du régime général si la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est monoculaire et qu'elle a commencé le traitement et reçu un remboursement avant le 13 décembre 2023.

Malgré le premier alinéa du point 2.2., le coût du NovoRapid^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (10 mL) continue de faire l'objet des garanties du régime général si la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament le reçoit par pompe à insuline et si elle a commencé le traitement et reçu un remboursement avant le 4 juillet 2024.

Malgré le premier alinéa du point 2.2., le coût du Eylea^{MC} continue de faire l'objet des garanties du régime général si la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est monoculaire et qu'elle a commencé le traitement et reçu un remboursement avant le 6 novembre 2025.

2.4. Transition vers un autre médicament biologique

Lorsqu'un médicament biologique de référence fait l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments uniquement dans les cas prévus au point 2.3., la personne admissible qui a obtenu un remboursement de ce médicament ne peut obtenir le remboursement d'un autre médicament biologique d'origine à moins que le prescripteur confirme qu'il y a eu un échec thérapeutique au médicament biologique de référence.

Malgré le premier alinéa, la personne admissible qui a obtenu un remboursement du Eylea^{MC} peut obtenir celui du Eylea^{MC} HD.

3. MÉDICAMENT MAGISTRAL

3.1. Définition

Par médicament magistral, on entend tout médicament qui est préparé en pharmacie d'après une ordonnance, par opposition au médicament officinal, tout préparé.

3.2. Médicament magistral dont le coût est garanti par le régime général

Le coût d'un médicament magistral est garanti par le régime général s'il s'agit d'un mélange extemporané de produits inscrits à la *Liste des médicaments* qui n'équivaut pas à un médicament déjà manufacturé et qui représente :

- Une préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste des médicaments* et qui renferme au moins un ingrédient actif.
- Une préparation d'un rince-bouche résultant du mélange :
 - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de) / aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou
 - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants.
- Une préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la *Liste des médicaments*, et d'un ou plusieurs produits pour médicament magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants.
- Une préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, à l'exception d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 %.

- Une préparation ophtalmique renfermant :
 - de l'amikacine, de l'amphotéricine B, de la céfazoline, de la ceftazidime, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou
 - de la tobramycine dans des concentrations de plus de 3 mg/mL ou
 - de la cyclosporine à la concentration de 1 % ou de 2 % ou
 - de la cystéamine.
- Une solution ou une suspension orale d'acide folique, de cyclophosphamide (à partir de la poudre injectable intraveineuse), de dexaméthasone, de gabapentine, d'hydroxyurée, de méthadone, de métronidazole, de phytonadione, de prednisone, de pyridoxine (à partir de la solution injectable 100 mg/ml) ou de vancomycine.
- Une suspension orale de sulfaméthoxazole et de triméthoprim.
- Une des préparations suivantes :
 - une préparation pour usage rectal à base de sucralfate;
 - une préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem.
- Une préparation pour usage oral de benzoate de sodium.
- Une préparation pour usage oral de citrate de clomifène.

Lorsqu'un médicament magistral énuméré à l'annexe III.1 intitulée Liste des préparations magistrales standardisées convient à la personne admissible, il doit être préparé conformément à la formule maîtresse standardisée publiée sur le site Internet du CHU Sainte-Justine pour être garanti par le régime général. Aux fins du présent alinéa, un tel médicament magistral ne convient pas aux besoins particuliers d'une personne admissible notamment dans le cas d'une allergie ou d'une intolérance.

Outre les produits inscrits à la section régulière et à la section médicaments d'exception de la *Liste*, les produits pour médicament magistral sont regroupés dans la section particulière de la *Liste* qui les concerne. Les véhicules, solvants ou adjuvants payables sont ceux regroupés dans la section particulière qui les concerne.

3.3. Prix payable

La méthode applicable pour l'établissement du prix payable pour les produits qui servent à préparer les médicaments magistraux est celle déterminée à la *Liste des médicaments*. Lorsqu'aucun prix n'y est indiqué, le prix payable est le prix coûtant du pharmacien.

4. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

4.1. Présentation des médicaments d'exception dans la *Liste des médicaments*

Les médicaments d'exception sont regroupés aux annexes IV, IV.1 et IV.2 de la *Liste*.

À l'égard des médicaments mentionnés à l'Annexe IV, la mesure des médicaments d'exception poursuit les objectifs suivants :

- a) que le coût des médicaments d'exception soit garanti par le régime général uniquement s'ils sont utilisés pour des indications thérapeutiques reconnues par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, ci-après appelé « INESSS »;
- b) permettre, de façon exceptionnelle, le paiement de ces médicaments lorsqu'il s'agit :
 - d'un médicament jugé efficace pour des indications restreintes, car ni son efficacité, ni le coût de traitement ne justifient son utilisation habituelle et continue pour d'autres indications;
 - d'un médicament qui n'offre pas d'avantages thérapeutiques justifiant un coût plus élevé que celui lié à l'utilisation des produits possédant les mêmes propriétés pharmacothérapeutiques inscrits à la *Liste des médicaments*, quand ceux-ci sont non tolérés, contre-indiqués ou rendus inefficaces à cause de la condition clinique du patient.

Quant aux médicaments d'exception mentionnés à l'Annexe IV.1, la mesure des médicaments d'exception vise à permettre que le coût de médicaments soit garanti par le régime général uniquement selon les conditions prévues aux points 4.2.1. et 4.2.2..

Quant aux médicaments d'exception mentionnés à l'Annexe IV.2, la mesure des médicaments d'exception vise à permettre que le coût de médicaments soit garanti par le régime général uniquement selon les conditions prévues au point 4.2.3., sans indication thérapeutique particulière.

4.2. Conditions de couverture par le régime général d'assurance médicaments

4.2.1. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV et IV.1

Les médicaments d'exception mentionnés à l'Annexe IV et IV.1 font l'objet des garanties du régime général lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- 1° dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par la Régie, une demande d'autorisation préalable dûment remplie à l'aide du formulaire fourni à cette fin par cette dernière conformément au Règlement sur les modalités d'émission de la carte d'assurance maladie et de transmission des relevés d'honoraires et des demandes de paiement (chapitre A-29, r.7.2) a été transmise à celle-ci;
- 2° dans le cas des personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par les assureurs en assurance collective ou par les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, une demande préalable d'autorisation, si elle est requise en vertu du contrat d'assurance collective ou du régime d'avantages sociaux applicable, a été transmise à l'assureur ou à l'administrateur du régime d'avantages sociaux, selon les modalités prévues à ce contrat ou par ce régime.

Pour que sa demande d'autorisation préalable soit traitée, la personne admissible doit transmettre, elle-même ou par l'entremise de son prescripteur, tous les documents exigés par la Régie incluant notamment des rapports et des résultats de tests.

Ces médicaments ne sont toutefois couverts que pour la durée autorisée, le cas échéant, par la Régie, par l'assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux visé, s'ils sont prescrits pour les indications thérapeutiques énoncées en regard de chacun d'eux.

4.2.2. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV.1

Les médicaments d'exception suivants, mentionnés à l'Annexe IV.1, font l'objet des garanties du régime général pour la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament lorsque les indications de paiement prévues à cette annexe sont remplies et lorsqu'il rencontre les conditions suivantes :

- 1° Pour le remboursement de Copaxone^{MC} Sol. Inj. S.C.(ser) 20 mg/mL (1 mL), en plus d'être visées au paragraphe 2 ou 3 du premier alinéa du point 2.3., la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018.

Les médicaments biologiques mentionnés à l'Annexe IV.1 font l'objet des garanties du régime général lorsque la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est visée par l'un des cas prévus au premier alinéa du point 2.3., lorsque les indications de paiement prévues à cette annexe sont remplies et lorsqu'elle a commencé un traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant la fin de la couverture du médicament en application des points 2.2. et 2.3.. La date avant laquelle la personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement est indiquée à l'annexe IV.1.

Malgré le deuxième alinéa, les médicaments biologiques suivants, mentionnés à l'Annexe IV.1, font également l'objet des garanties du régime général lorsque la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est visée par l'un des cas prévus au premier alinéa du point 2.3., lorsque les indications de paiement prévues à cette annexe sont remplies et lorsqu'il rencontre les conditions suivantes :

- 1° Pour le remboursement de Enbrel^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel^{MC} SureClick^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL :
 - a) dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylite ankylosante, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1;
 - b) dans le cas de l'arthrite idiopathique juvénile, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 1^{er} février 2018 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1;
 - c) dans les cas d'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou autre que rhumatoïde ou d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.
- 2° Pour le remboursement de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1 sans qu'il n'y ait eu d'interruption du traitement pharmacologique;
- 3° Pour le remboursement de Remicade^{MC}, la personne admissible doit avoir commencé le traitement pour l'une des indications thérapeutiques prévues à l'Annexe IV.1 et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020;
- 4° Pour le remboursement de Lucentis^{MC} Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23 mL) et de Lucentis^{MC} Sol. Inj. (seringue) 10 mg/mL (0,165 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 13 décembre 2023;
- 5° Pour le remboursement de Stelara^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 45 mg/0,5 mL et 90 mg/1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 23 mai 2024;

- 6° Pour le remboursement de Prolia^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 60 mg/mL) et de Xgeva^{MC} (Sol. Inj. S.C. 120 mg/1,7 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 7 novembre 2024;
- 7° Pour le remboursement de Actemra^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 162 mg/0,9 mL, Sol. Inj. S.C. (stylo) 162 mg/0,9 mL et Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (4 mL, 10 mL et 20 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 22 mai 2025;
- 8° Pour le remboursement de Xolair^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 150 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 25 septembre 2025;
- 9° Pour le remboursement de Eylea^{MC} (Sol. Inj. 40 mg/mL (0,278 mL) et Sol. Inj. (seringue) 40 mg/mL (0,177 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 6 novembre 2025.

4.2.3. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV.2

Les médicaments d'exception, mentionnés à l'Annexe IV.2 font l'objet des garanties du régime général pour la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- 1° (paragraphe abrogé);
- 2° Pour le remboursement des réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes) D360 Blood Glucose Test Strips (99101469), Dario (99101227), GlucoDr (99101165), iTest (99100332), Nova-Max (99100497), On Call Vivid (99101314), On-Call Plus (99100479) et TRUEtest (99100714), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux de l'un de ces produits dans les douze (12) mois précédent le 3 février 2021.

Les médicaments biologiques mentionnés à l'Annexe IV.2 font l'objet des garanties du régime général lorsque la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est visée par l'un des cas prévus au premier alinéa du point 2.3. et qu'elle a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux de l'un de ces produits dans les douze (12) mois précédent la fin de la couverture du médicament en application des points 2.2. et 2.3.. La date avant laquelle la personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement est indiquée à l'annexe IV.2.

Malgré le deuxième alinéa, les médicaments biologiques suivants, mentionnés à l'Annexe IV.2, font également l'objet des garanties du régime général lorsque la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est visée par l'un des cas prévus au premier alinéa du point 2.3. et lorsque les conditions suivantes sont remplies :

- 1° Pour le remboursement de Lovenox^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL, Lovenox^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 30 mg/0,3 mL, 40 mg/0,4 mL, 60 mg/0,6 mL, 80 mg/0,8 mL et 100 mg/1,0 mL et Lovenox^{MC} HP Sol. Inj. S.C. (seringue) 120 mg/0,8 mL et 150 mg/1,0 mL, dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux de l'un de ces produits dans les douze (12) mois précédent le 15 décembre 2021;
- 2° Pour le remboursement de NovoRapid^{MC} FlexTouch^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 mL) et NovoRapid^{MC} Penfill^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 mL), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux de l'un de ces produits dans les douze (12) mois précédent le 2 février 2022;
- 3° Pour le remboursement de NovoRapid^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (10 mL), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux de ce produit dans les douze (12) mois précédent le 4 juillet 2024.

5. FOURNITURES

La *Liste des médicaments* peut comporter certaines fournitures que le ministre juge essentielles à l'administration de médicaments d'ordonnance. Les fournitures dont le coût est garanti par le régime général sont regroupées dans les sections « Fournitures » et « Véhicules, solvants ou adjuvants » de la *Liste*.

5.1. Prix payable

La méthode applicable pour l'établissement du prix payable pour les fournitures est celle déterminée à la *Liste*. Lorsqu'aucun prix n'y est indiqué, le prix payable est le prix coûtant du pharmacien.

6. MÉDICAMENTS COUVERTS PAR LA MESURE DU PATIENT D'EXCEPTION

6.1. Présentation de la mesure du patient d'exception

Conformément au sixième alinéa de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments, la mesure du patient d'exception détermine les cas, les conditions et les circonstances dans lesquels, exceptionnellement, une personne admissible peut obtenir le remboursement du coût d'un médicament qui n'est habituellement pas couvert par le régime général d'assurance médicaments. La personne doit requérir un médicament non inscrit à la *Liste* ou un médicament d'exception prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à la *Liste*.

Le coût du médicament ainsi que celui des services pharmaceutiques fournis par un pharmacien sont couverts par le régime général d'assurance médicaments pour la personne admissible à la mesure du patient d'exception selon les conditions énoncées à l'autorisation.

6.2. Conditions de couverture par le régime général d'assurance médicaments

Une personne admissible doit respecter les conditions et critères énumérés aux points 6.2.1. et 6.2.2. afin d'obtenir de la Régie l'autorisation que le coût d'un médicament soit couvert par le régime général d'assurance médicaments en vertu de la mesure du patient d'exception. De plus, le médicament qui fait l'objet de la demande d'autorisation doit respecter les conditions prévues au point 6.2.3. et ne doit pas être exclus en vertu du point 6.2.4..

6.2.1. Demande d'autorisation

La personne admissible doit, elle-même ou par l'entremise de son prescripteur, faire parvenir une demande préalable d'autorisation dûment remplie :

- 1° à la Régie, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par elle, sur le formulaire qui lui est fournie par la Régie;
- 2° lorsqu'elle est requise en vertu du contrat d'assurance collective ou du régime d'avantages sociaux applicable, à l'assureur ou à l'administrateur du régime d'avantages sociaux, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par les assureurs en assurance collective ou par les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, selon les modalités prévues à ce contrat ou par ce régime, le cas échéant.

Pour que sa demande d'autorisation soit traitée, la personne admissible doit transmettre, elle-même ou par l'entremise de son prescripteur, tous les documents exigés par la Régie incluant notamment des rapports, des résultats de tests, des données scientifiques et des rapports de cas en lien avec la condition médicale de cette personne.

Conformément au point 6.2.2., le prescripteur doit notamment décrire les effets bénéfiques attendus et mesurables visés par le recours au médicament faisant l'objet de la demande d'autorisation. On entend notamment par « effets bénéfiques », la guérison de la maladie, une amélioration notable de la condition médicale, un ralentissement de la progression de la maladie, une stabilisation ou une amélioration des atteintes fonctionnelles, une diminution des consultations médicales ou des hospitalisations, l'amélioration marquée de l'autonomie de la personne traitée ou le ralentissement de la dégradation de son état de santé.

L'autorisation émise par la Régie, par l'assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux indique, le cas échéant, les conditions de couverture de la personne visée par la mesure du patient d'exception notamment la durée de l'autorisation, la quantité maximale remboursable, le dosage ainsi que la fréquence de la prise du médicament.

L'autorisation émise par la Régie vise la dénomination commune d'un médicament. Si le médicament innovateur est inscrit à la *Liste*, son remboursement est assujéti aux règles prévues au point 1.2.2.. À compter du 25 septembre 2025, si le médicament innovateur n'est pas inscrit à la *Liste*, seule la version générique de ce médicament, si elle est commercialisée au Canada, pourra être remboursée en vertu de la mesure du patient d'exception.

Malgré le cinquième alinéa, la personne admissible pourra obtenir le remboursement du coût d'un médicament innovateur qui n'est pas inscrit à la *Liste* lorsque le médicament de même dénomination commune le moins coûteux cause à la personne qui l'utilise une allergie ou une intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans sa composition, mais absent de celle du médicament innovateur. Dans le cas d'une intolérance, celle-ci doit être grave et avoir eu pour conséquence une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation, une intervention médicale d'urgence ou une invalidité ou une incapacité persistante ou importante. L'exception prévue au présent alinéa ne s'applique pas lorsqu'un médicament générique ayant une composition identique à celle de l'innovateur est disponible au Canada ou lorsqu'un médicament générique qui ne contient pas un ingrédient non médicinal qui cause une allergie ou une intolérance grave à la personne visée par l'ordonnance est disponible au Canada.

Toute personne voulant se prévaloir de cette exception doit, par l'entremise de l'auteur de l'ordonnance, remplir le formulaire fourni à cette fin par la Régie et le lui transmettre. Lorsque la demande est acceptée, le médicament qui en fait l'objet n'est exclu de la méthode du prix le plus bas que pour la durée autorisée par la Régie.

La personne pourra également obtenir le remboursement du coût d'un médicament innovateur si la version générique n'est pas disponible de l'avis de la Régie en raison d'une rupture de stock, notamment si un médicament de substitution a été autorisé en vertu de l'article 60.1 de la Loi sur l'assurance médicaments.

6.2.1.1. Renouvellement de l'autorisation

L'autorisation émise par la Régie à une personne admissible peut être renouvelée si les effets bénéfiques attendus et mesurables décrits lors de la demande initiale, conformément au point 6.2.2.2., se sont avérés. Le prescripteur doit décrire dans la demande de renouvellement les effets bénéfiques observés chez la personne. La personne admissible doit transmettre, elle-même ou par l'entremise de son prescripteur, tous les documents exigés par la Régie.

L'autorisation ne peut toutefois pas être renouvelée si le médicament est maintenant exclu de la présente mesure en vertu des points 6.2.4.1. ou 6.2.4.2..

6.2.2. Respect des critères

La personne admissible qui présente une demande d'autorisation afin que le médicament qui en fait l'objet soit couvert par la mesure du patient d'exception doit démontrer qu'elle respecte les quatre critères prévus aux points 6.2.2.1. à 6.2.2.4..

6.2.2.1. La gravité de la condition médicale

La personne doit souffrir d'une condition médicale grave documentée à son dossier médical.

On entend par « condition médicale grave », un symptôme, une maladie ou une complication grave découlant d'une telle maladie dont les conséquences constituent une atteinte importante à la santé, telle une atteinte fonctionnelle physique ou psychologique significative, et que les probabilités qu'elles entraînent un recours à plusieurs services du réseau de la santé, tels des services médicaux à répétition ou une hospitalisation, sont élevées si le médicament n'est pas administré, et dont la gravité est, selon le cas :

- 1° immédiate en ce qu'elle limite déjà sévèrement les activités ou la qualité de vie de la personne qui en souffre ou qu'elle entraînerait pour cette personne, selon l'état des connaissances scientifiques, une atteinte fonctionnelle significative ou son décès;
- 2° prévisible à brève échéance en ce que son évolution ou ses complications présentent un risque élevé d'entraîner des répercussions sur l'état de la personne admissible en termes de morbidité ou de mortalité. Cette prévisibilité doit être démontrée à l'aide d'une échelle de risque de survenue d'événements valide lorsqu'une telle échelle est disponible. Pour être valide, l'échelle de risque doit être reconnue par l'Institut national en santé et en services sociaux (INESSS) ou, en l'absence de cette reconnaissance, par une société savante.

Toutefois, lorsque les conséquences de la condition médicale grave sont une atteinte fonctionnelle psychologique significative, l'atteinte doit être immédiate et doit, par conséquent, déjà limiter sévèrement les activités ou la qualité de vie de la personne admissible.

Le prescripteur doit démontrer la gravité de la condition de la personne admissible en décrivant dans la demande d'autorisation les limites fonctionnelles qu'entraîne ou qu'entraînerait la condition médicale à traiter.

6.2.2.2. Nécessité médicale particulière

La prise du médicament demandé par la personne admissible doit constituer pour cette dernière une nécessité médicale particulière, à caractère exceptionnel.

Le prescripteur doit démontrer dans la demande d'autorisation en quoi la prise du médicament demandé, selon le dosage ainsi qu'à la fréquence prescrite, représente une nécessité médicale particulière, à caractère exceptionnel, pour la personne admissible visée par cette demande.

Le prescripteur doit baser cette démonstration, notamment en décrivant les effets bénéfiques attendus et mesurables, en tenant compte des meilleurs faits et données scientifiques disponibles au regard de la condition médicale de la personne admissible.

Dans le cadre de cette démonstration, plus le taux de prévalence de la maladie est élevé dans un contexte canadien, plus le prescripteur doit fournir en soutien à la demande des données scientifiques de bonne qualité méthodologique. Dans le cas d'une personne atteinte d'une maladie rare, soit une maladie qui ne touche pas plus de 1 personne sur 2 000, dont le besoin de santé est grand et pour laquelle des données scientifiques de bonne qualité ne sont pas disponibles, les données scientifiques fournies par le prescripteur en soutien à la demande doivent être de la meilleure qualité possible et démontrer les bénéfices attendus et mesurables pour la condition de la personne visée par cette demande. Les mêmes données scientifiques doivent être fournies lorsque le prescripteur démontre qu'une personne atteinte d'une maladie à prévalence élevée est dans une situation clinique rare en raison de ses comorbidités, de ses allergies, de ses symptômes graves ou d'autres facteurs qu'elle présente.

6.2.2.3. La chronicité de la condition médicale, le traitement d'une infection aiguë grave ou l'administration de soins palliatifs

La personne doit, selon le cas :

- 1° souffrir d'une condition médicale chronique ou d'une complication ou d'une manifestation découlant d'une telle condition médicale;
- 2° souffrir d'une infection aiguë grave;
- 3° malgré le critère de gravité de la condition médicale prévue au point 6.2.2.1., requérir l'administration d'un médicament pour des soins palliatifs ambulatoires au cours de la phase terminale, dans les cas d'une maladie mortelle.

6.2.2.4. Un médicament de dernier recours

La personne doit démontrer par l'entremise de son prescripteur que le médicament demandé constitue pour elle un médicament de dernier recours en ce sens qu'aucun autre médicament inscrit à la *Liste* ou à la liste dressée en vertu de l'article 395 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (RLRQ, chapitre G-1.021) ou de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis (chapitre S-4.2) ou qu'aucun autre traitement médical dont le coût est assumé en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ne peut être envisagé parce que le médicament ou le traitement est, selon le cas :

- 1° contre-indiqué;
- 2° non toléré de façon significative;
- 3° rendu inefficace en raison de sa condition clinique. Pour démontrer l'inefficacité d'un médicament ou du traitement, la personne doit l'avoir essayé avant de transmettre la demande d'autorisation. L'essai doit se faire à dose efficace et pendant une durée raisonnable en fonction de la condition médicale de la personne et de la documentation scientifique concernant le médicament.

Le médicament visé par la demande n'est pas considéré comme un médicament de dernier recours pour le seul motif que, pour une indication thérapeutique particulière, ce médicament pourrait être plus efficace qu'un médicament inscrit aux listes mentionnées au premier alinéa.

6.2.3. Caractéristiques du médicament couvert

Le médicament qui fait l'objet de la demande d'autorisation doit être, selon le cas :

- 1° un médicament commercialisé au Canada et, sous réserve du troisième alinéa du présent point, porteur d'un DIN attribué par Santé Canada;
- 2° un produit de santé naturel commercialisé au Canada et porteur d'un NPN attribué par Santé Canada, pourvu qu'un produit de même dénomination commune ait déjà été porteur d'un DIN attribué par cette même autorité;
- 3° une préparation magistrale non stérile dont les ingrédients actifs sont commercialisés au Canada, pourvu qu'il n'existe pas de médicaments commercialisés au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes ingrédients actifs;
- 4° une préparation stérile faite par un pharmacien à partir de produits pharmaceutiques stériles commercialisés au Canada, dont au moins un de ces produits n'est pas inscrit à la *Liste* pour administration parentérale, ou d'ingrédients actifs commercialisés au Canada pourvu qu'il n'existe pas de préparations commercialisées au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes produits;
- 5° une préparation ophtalmique stérile faite par un pharmacien à partir de produits pharmaceutiques stériles commercialisés au Canada dont au moins un de ces produits n'est pas inscrit à la *Liste* pour usage ophtalmique, ou d'ingrédients actifs commercialisés au Canada pourvu qu'il n'existe pas de préparations ophtalmiques commercialisées au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes produits;
- 6° un médicament qui n'est pas porteur d'un DIN et dont l'importation est permise par Santé Canada dans le cadre d'une pénurie de médicaments de niveau 3. Un médicament autorisé en application du présent paragraphe ne fait plus l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments lorsqu'il s'est écoulé trois mois depuis la première de ces éventualités:
 - a) la date à partir de laquelle le médicament importé ne peut plus l'être;
 - b) la date à partir de laquelle le médicament porteur d'un DIN visé par la pénurie est de nouveau disponible au Canada.

Aux fins des paragraphes 3 à 5 du premier alinéa, est considéré comme « commercialisé au Canada », l'ingrédient actif qui est approuvé sous une forme galénique par Santé Canada. L'est également l'ingrédient actif qui a déjà été approuvé sous une forme galénique par Santé Canada et qui a été retiré du marché canadien à la suite d'une décision commerciale et non en raison d'un manque d'efficacité ou d'un problème d'innocuité.

Un médicament d'exception mentionné à l'annexe IV peut faire l'objet d'une demande d'autorisation présentée en vertu de la mesure du patient d'exception même si celui-ci n'est pas porteur d'un DIN attribué par Santé Canada, dans la mesure où il ne fait pas, par ailleurs, l'objet d'une exclusion prévue à la *Liste*.

6.2.4. Cas d'exclusion à la couverture par la mesure du patient d'exception

6.2.4.1. Médicaments exclus

Une demande d'autorisation doit être refusée si elle a pour objet l'un des médicaments suivants :

- 1° les médicaments biologiques de référence qui ne sont plus couverts en application du point 2.2., sauf dans les cas prévus au point 2.3.;
- 2° les médicaments prescrits à des fins esthétiques ou cosmétiques;
- 3° les médicaments prescrits pour le traitement de l'alopecie ou de la calvitie;
- 4° les médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile;
- 5° les médicaments prescrits pour favoriser la perte de poids;
- 6° les médicaments prescrits pour la cachexie et pour stimuler l'appétit;
- 7° l'oxygène;
- 8° les capteurs et émetteurs d'un système de mesure du glucose en continu prescrits pour le suivi du diabète;
- 9° le Symdeko^{MC}, à l'exception de la demande d'autorisation de la personne admissible qui a commencé son traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 29 septembre 2021 et qui continue de répondre aux autres critères et conditions prévus au point 6.2.;
- 10° le médicament dont l'efficacité pour traiter la maladie dont la personne souffre n'a pas été établie au moyen d'études, mais uniquement sur la base d'un panel de gènes identifiant des mutations qui suggèrent une efficacité théorique du médicament;
- 11° le docusate de calcium ou le docusate de sodium.

6.2.4.2. Médicaments visés par un avis de suspension ou de fin de couverture d'assurance ou qui n'ont pas été réinscrits

Une demande d'autorisation doit être refusée si elle a pour objet un médicament pour lequel, au sens de l'article 60.0.4 de la Loi sur l'assurance médicaments, le ministre a émis un avis de suspension ou de fin de couverture d'assurance ou qu'il n'a pas réinscrit à la *Liste*.

Malgré le premier alinéa, la couverture d'assurance d'un médicament est maintenue à l'égard d'une personne admissible en cours de traitement avec ce médicament lorsque celle-ci continue de répondre aux autres critères et conditions prévus au point 6.2. et, si le médicament est un médicament biologique de référence, lorsque la personne admissible est visée par l'un des cas prévus au premier alinéa du point 2.3. dans les cas suivants :

- 1° Pour le remboursement de Lantus^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL) et de Lantus^{MC} Solostar^{MC} Sol. Inj. S.C (3 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017;
- 2° Pour le remboursement de Copaxone^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 20 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018. Ce médicament ne fait plus l'objet des garanties du régime général à compter du 13 avril 2022 sauf pour les personnes visées au paragraphe 2 ou 3 du point 2.3.;
- 3° Pour le remboursement de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 sans qu'il n'y ait eu d'interruption du traitement pharmacologique;

- 4° Pour le remboursement de Enbrel^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel^{MC} SureClick^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020;
- 5° Pour le remboursement de Rituxan^{MC} Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020;
- 6° Pour le remboursement de Humira^{MC} (seringue et stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 3 mars 2021;
- 7° Pour le remboursement de Lucentis^{MC} Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23 mL) et de Lucentis^{MC} Sol. Inj. (seringue) 10 mg/mL (0,165 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 13 décembre 2023;
- 8° Pour le remboursement de Stelara^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 45 mg/0,5 mL et 90 mg/1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 23 mai 2024;
- 9° Pour le remboursement de Prolia^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 60 mg/mL) et de Xgeva^{MC} (Sol. Inj. S.C. 120 mg/1,7 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 7 novembre 2024;
- 10° Pour le remboursement de Actemra^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 162 mg/0,9 mL, Sol. Inj. S.C. (stylo) 162 mg/0,9 mL et Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (4 mL, 10 mL et 20 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 22 mai 2025;
- 11° Pour le remboursement de Xolair^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 150 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 25 septembre 2025;
- 12° Pour le remboursement de Eylea^{MC} (Sol. Inj. 40 mg/mL (0,278 mL) et Sol. Inj. (seringue) 40 mg/mL (0,177 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 6 novembre 2025.

6.2.4.3. Règles particulières concernant l'évaluation d'un médicament par l'INESSS

À compter du 121^e jour suivant la date de l'avis de conformité de Santé Canada concernant l'indication thérapeutique d'un médicament, une demande d'autorisation doit être refusée si elle a pour objet un médicament prescrit pour cette indication pour laquelle un fabricant n'a pas reçu, dans les 120 jours suivant la date de cet avis, une décision de recevabilité positive de l'INESSS dans le cadre du processus d'évaluation des médicaments pour fins d'inscription.

Toutefois, une demande d'autorisation doit être refusée si elle a pour objet une version générique ou biosimilaire d'un médicament dont la demande doit être refusée en vertu du premier alinéa même si elle a été présentée dans les 120 jours suivant la date de l'avis de conformité.

Le premier et les deuxièmes alinéas ne s'appliquent pas lorsque :

- 1° la demande d'autorisation vise un médicament pour lequel le fabricant a reçu une décision de recevabilité positive de l'INESSS pour cette indication;
- 2° la demande d'autorisation vise un médicament pour lequel Santé Canada a rendu un avis de conformité avant le 11 décembre 2025 pour l'indication visée par la demande d'autorisation;
- 3° la demande d'autorisation vise un médicament générique ou biosimilaire pour lequel Santé Canada a émis un avis de conformité avant le 11 décembre 2025 concernant le médicament innovateur ou le médicament biologique de référence de ce médicament pour l'indication visée par la demande d'autorisation;
- 4° l'INESSS a rendu public un avis formulé au ministre au sujet de l'indication visée par la demande d'autorisation concernant ce médicament ou le médicament innovateur ou biologique de référence à ce médicament.

À compter du 121^e jour suivant la date de l'avis de conformité de Santé Canada rendu à compter du 11 décembre 2025, une demande d'autorisation doit être refusée si l'INESSS a informé la Régie que le fabricant pour qui elle a rendu une décision de recevabilité positive, a retiré sa demande d'inscription pour l'indication pour laquelle le médicament a été prescrit.

De plus, une demande d'autorisation doit être refusée si elle a pour objet un médicament ou une version générique ou biosimilaire de ce médicament prescrit pour une indication thérapeutique pour laquelle l'INESSS n'a pas reconnu la valeur thérapeutique dans son avis formulé au ministre et rendu public à compter du 2 juillet 2025. Toutefois, une demande peut être autorisée si le prescripteur démontre que la personne admissible ou sa maladie présentent des caractéristiques significativement différentes de celles de la population prise en considération dans la recommandation négative de l'INESSS quant à la valeur thérapeutique du médicament. Dans un tel cas, le prescripteur doit, dans sa demande d'autorisation, décrire et documenter à l'aide d'études que les effets bénéfiques attendus et mesurables sont cliniquement supérieurs à ceux observés dans les études considérées par l'INESSS.

Une demande de renouvellement peut être autorisée si l'autorisation initiale a été accordée en respect du présent point et si les conditions concernant le renouvellement d'une autorisation prévues au point 6.2.1.1. sont rencontrées.

6.3. Demande d'autorisation d'un traitement médicamenteux amorcé en établissement

La demande d'autorisation d'une personne admissible qui vise la poursuite d'un traitement à l'aide d'un médicament fourni et amorcé en établissement en vertu des articles 396 à 398 de la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux ou du troisième ou quatrième alinéa de l'article 116 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Inuit et les Naskapis doit décrire les effets bénéfiques attendus et mesurables visés par le recours au médicament faisant l'objet de la demande d'autorisation. La décision individuelle écrite du comité de pharmacologie autorisant le traitement à l'aide du médicament fourni par un établissement doit être transmise à la Régie avec la demande d'autorisation.

La personne admissible est présumée remplir les critères prévus aux points 6.2.2.1. à 6.2.2.4. et la demande peut être autorisée malgré le point 6.2.4.3.. Elle doit cependant être refusée si elle vise un médicament exclu en vertu des points 6.2.4.1. ou 6.2.4.2..

Une telle demande peut être renouvelée conformément au point 6.2.1.1..

Le présent point ne s'applique pas à un médicament autorisé en vertu du Programme d'accès spécial de Santé Canada.

7. CAS D'EXCEPTION À L'EXCLUSION TEMPORAIRE D'UN MÉDICAMENT DES GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS

L'exclusion temporaire d'un médicament prévue à l'article 60.0.2 de la Loi sur l'assurance médicaments, aux fins de la conclusion d'une entente d'inscription, ne s'applique pas à l'égard d'une personne dont la gravité de la condition médicale est telle, à la date de la transmission de la demande d'autorisation de paiement faite à la Régie conformément à l'article 6, que la prise de ce médicament ne peut être retardée au-delà de 30 jours de cette date sans que cela n'entraîne des complications menant à une détérioration irréversible de sa condition ou à son décès. De plus, le prescripteur doit démontrer que les effets cliniques bénéfiques attendus et mesurables de ce médicament pour cette personne sont médicalement reconnus sur la base de données scientifiques.

Pour les demandes d'autorisation de paiement qui sont en cours de traitement ou en attente de traitement à la date d'entrée en vigueur de l'avis d'exclusion temporaire d'un médicament, le délai de 30 jours au-delà duquel la prise du médicament ne peut être retardé se calcule à partir de la date d'entrée en vigueur de cet avis.

De même, cette exclusion ne s'applique pas à l'égard d'une personne qui a déjà obtenu une acceptation de paiement pour ce médicament à un moment quelconque avant la date de publication de l'avis d'exclusion.

8. MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)

Pour les personnes âgées de 18 ans ou plus, les médicaments de la classe des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ne font l'objet des garanties du régime général que pour la durée déterminée ci-après, selon que ces personnes présentent les pathologies ou les conditions particulières suivantes :

- 1° pour une durée maximale de 90 jours de traitement, consécutifs ou non consécutifs, par période de 12 mois débutant le jour de la délivrance de l'IPP, dans le cas d'une dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée à l'investigation, avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastroœsophagien, d'un *helicobacter pylori* positif et d'un ulcère gastrique ou duodénal;
- 2° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP12, dans le cas d'une dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'une prophylaxie cytoprotectrice, d'une grossesse, du port d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale et d'un intestin court;
- 3° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP205, dans le cas d'une dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée à l'investigation, d'une dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP, d'une gastroentérite éosinophilique, d'un œsophage hypersensible et de symptômes extradiigestifs répondant aux IPP et récidivant à l'arrêt, si les symptômes de reflux gastro-œsophagien réapparaissent après le traitement initial prévu au paragraphe 1.° et sont présents au moins trois jours par semaine;
- 4° pour une durée maximale de 24 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP999, dans le cas d'un œsophage de Barrett, du syndrome de Zollinger-Ellison, d'une sténose peptique de l'œsophage, d'une œsophagite à éosinophiles, d'une maladie de Crohn du tube digestif supérieur, de la prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique, d'ulcères de Cameron, d'ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou à une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'œsophage, d'une ectasie vasculaire antrale, d'une œsophagite érosive récidivante, d'un ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d'*helicobacter pylori* ou de prise d'anti-inflammatoires, d'une gastrostomie qui fuit autour de la stomie et d'un anneau de Schatzki.

La durée maximale de traitement indiquée aux paragraphes 2°, 3° et 4° est renouvelable si la pathologie ou la condition particulière est toujours présente à la fin du traitement.

Toutefois, jusqu'au 4 octobre 2017, le premier alinéa ne s'applique pas aux personnes en cours de traitement entre le 2 novembre 2016 et le 2 mai 2017.

9. NOMBRE MAXIMAL DE RÉACTIFS QUANTITATIFS DU GLUCOSE DANS LE SANG (BANDELETTES)

9.1. Règles générales

Le nombre maximal de bandelettes dont le paiement est couvert par le régime général, par période de 365 jours à compter d'une première délivrance après le 2 mai 2017, varie selon que la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- 1° s'il s'agit d'une personne atteinte de diabète traitée :
 - a) par insuline ou enceinte, 3 000 bandelettes;
 - b) par le répaglinide ou une sulfonylurée, 400 bandelettes;
 - c) par un médicament antidiabétique autre que l'insuline, le répaglinide ou une sulfonylurée ou n'est pas traitée par un médicament antidiabétique, 200 bandelettes.
- 2° s'il s'agit d'une personne sous insuline qui n'est pas visée par le 5° alinéa du point 9., 3 000 bandelettes.

Toutefois, ce nombre est augmenté de 100 bandelettes lorsqu'une personne visée aux sous-paragraphes b) et c) du paragraphe 1° et au paragraphe 2° du premier alinéa se trouve dans l'une des situations suivantes :

- 1° elle n'atteint pas les cibles glycémiques déterminées par son prescripteur pendant trois mois ou plus;
- 2° elle est atteinte d'une maladie aiguë, d'une comorbidité ou a subi une intervention médicale ou chirurgicale pouvant influencer le contrôle de sa glycémie;
- 3° elle commence un nouveau traitement médicamenteux connu pour ses effets hypoglycémiant ou hyperglycémiant;
- 4° elle présente des risques d'interactions médicamenteuses pouvant influencer le contrôle de sa glycémie;
- 5° son travail ou son occupation nécessite, d'après une personne légalement autorisée impliquée dans le suivi de cette personne, un contrôle plus étroit de sa glycémie pour sa sécurité et celle du public;
- 6° elle est atteinte de diabète de type 2, n'est pas sous insulinothérapie et planifie une grossesse.

Par ailleurs, dans le cas où le nombre maximal de bandelettes est atteint avant la fin de la période de 365 jours, un nombre additionnel de 100 bandelettes est également couvert par le régime général, pour une personne visée ci-après, lorsqu'une personne légalement autorisée impliquée dans le suivi de cette personne établit, compte tenu de sa situation, que le nombre maximal de bandelettes auquel elle a droit s'avère insuffisant :

- 1° une personne visée au deuxième alinéa;
- 2° une personne visée au sous-paragraphe a) du paragraphe 1° et au paragraphe 2° du premier alinéa qui se trouve dans la même situation que celle visée au deuxième alinéa.

Ce nombre additionnel de bandelettes est renouvelable tant que la situation de cette personne le requiert durant la période de 365 jours.

Le nombre maximal de bandelettes dont le paiement est couvert par le régime général est illimité pendant toute la durée de l'ordonnance pour toute personne ne souffrant pas de diabète et se trouvant dans l'une des situations cliniques à risque d'hypoglycémies symptomatiques potentiellement graves suivantes :

- 1° cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale de la catégorie des erreurs innées du métabolisme, d'un trouble de la néoglucogénèse ou d'une autre maladie métabolique avec atteintes sévères affectant les réserves de glucose et requérant un ajustement de l'alimentation en fonction de la mesure de glycémie;
- 2° cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale ou acquise caractérisée par de l'hyperinsulinisme;
- 3° cas en investigation ou confirmé d'une maladie endocrinienne congénitale ou acquise caractérisée par un déséquilibre ou une déficience en hormones participant à la régulation de la glycémie;
- 4° cas en investigation ou confirmé du syndrome de chasse entraînant des hypoglycémies post-prandiales malgré un régime adapté;
- 5° prise d'un médicament modulant l'action d'hormones hypoglycémiantes ou hyperglycémiantes sur une base régulière par une personne ayant un historique d'hypoglycémies soutenues et documentées objectivement.

9.2. Règles concernant les utilisateurs de certains systèmes de mesure du glucose en continu

Les règles générales prévues au point 9.1. ne s'appliquent pas à une personne qui utilise le capteur Dexcom G6 (99113874), l'émetteur Dexcom G6 (99113875) ou le capteur Dexcom G7 (99114362). Pour une telle personne, le nombre maximal de bandelettes dont le paiement est couvert par le régime général est de 100 bandelettes par période de 18 mois à compter d'une première délivrance.

Par ailleurs, dans le cas où le nombre maximal de bandelettes est atteint avant la fin de la période de 18 mois, un nombre maximal de 100 bandelettes additionnelles est également couvert par le régime général.

10. TRAITEMENT DE LA MALADIE À CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)

Le nirmatrelvir/ritonavir et le remdésivir font l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments pour le traitement de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) légère ou modérée pour la personne admissible à risque de progression vers une forme sévère de la maladie ou à risque d'hospitalisation ou de décès. Est considérée à risque, la personne qui, soit :

- 1° présente une immunosuppression sévère;
- 2° est âgée de 60 ans ou plus;
- 3° présente une comorbidité, par exemple une insuffisance rénale ou hépatique chronique, une maladie cardio-pulmonaire chronique, un diabète ou de l'obésité.

À l'instauration du traitement, la personne admissible doit avoir obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 et présenter des symptômes de la COVID-19 depuis un maximum de 5 jours pour le nirmatrelvir/ritonavir et de 7 jours pour le remdésivir.

La durée maximale du traitement est de 5 jours pour le nirmatrelvir/ritonavir et de 3 jours pour le remdésivir pour un total de 4 fioles. Un traitement prolongé d'une durée maximale de 20 jours peut être instauré pour la personne admissible traitée avec le nirmatrelvir/ritonavir qui présente une immunosuppression sévère.

Le nirmatrelvir/ritonavir fait à nouveau l'objet des garanties du régime général pour la personne admissible lorsqu'il s'est écoulé au moins 3 mois entre la fin du dernier traitement et le début d'un nouveau traitement.

ANNEXE I

**LISTE DES FABRICANTS AYANT SOUMIS DES PRIX DE VENTE
GARANTIS DIFFÉRENTS POUR LES GROSSISTES ET LES
PHARMACIENS**

Fabricant		Écart entre le P.V.G. pharmaciens et le P.V.G. grossistes
Ara Pharm	Ara Pharmaceuticals	3%
Atlas	Laboratoire Atlas Inc.	5,66%, 5,65%, 5,71%, 5,7%
Cellchem	Cellchem Pharmaceuticals Inc.	6,5%
* Covidien	Covidien	6%
* Hikma	Hikma Canada Limited	3%
I-Sens	I-Sens, Inc.	5%
Medelys	Medelys Laboratoires international inc.	5%
* Medisure	Medi + Sure	6,25%
Medline	Medline Canada Corporation	2%
* Nipro Diag	Nipro Diagnostics Inc.	6%
* Pharmaris	Pharmaris Canada Inc.	6,5%
* Purdue	Purdue Pharma	5%

* L'écart s'applique seulement sur certains produits de ce fabricant.

ANNEXE II

LISTE DES GROSSISTES EN MÉDICAMENTS RECONNUS PAR LE MINISTRE ET MARGE BÉNÉFICIAIRE DE CHAQUE GROSSISTE RECONNU

FAMILIPRIX INC.

Siège social: **FAMILIPRIX INC.**
6000, rue Armand-Viau
Québec (Québec) G2C 2C5

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement A

MCMAHON DISTRIBUTEUR PHARMACEUTIQUE INC.

Siège social: **MCMAHON DISTRIBUTEUR
PHARMACEUTIQUE INC.**
225 rue Jean Coutu
Varennes, Québec, Canada J3X 0E1

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement F

AMERISOURCE BERGEN CANADA

Siège social: **AMERISOURCE BERGEN CANADA**
10600, boul. du Golf
Anjou (Québec) H1J 2Y7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement H

SHOPPERS DRUG MART LIMITED

Siège social: **SHOPPERS DRUG MART LIMITED**
243, Consumers Road
North York (Ontario) M2J 4W8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement J

INNOMAR STRATEGIES INC.

Siège social: **INNOMAR STRATEGIES INC.**
3470 Superior Court
Oakville (Ontario), Canada L6L 0C4

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement N

DEX Medical Distribution Inc.

Siège social: **DEX Medical Distribution Inc.**
70 Esna Park Drive, Unit 11
Markham (Ontario) L3R 6E7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement Q

Andrew and David Wholesale Ltd.

LE GROUPE JEAN COUTU (PJC) INC.

Siège social: **LE GROUPE JEAN COUTU (PJC) INC.**
530, rue Bériault
Longueuil (Québec) J4G 1S8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement D

MCKESSON SERVICES PHARMACEUTIQUES

Siège social: **MCKESSON SERVICES
PHARMACEUTIQUES**
8290, boul. Pie IX
Montréal (Québec) H1Z 4E8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement G

KOHL & FRISCH LIMITED

Siège social: **KOHL & FRISCH LIMITED**
7622, Keele Street
Concord (Ontario) L4K 2R5

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement I

DISTRIBUTIONS PHARMAPLUS INC.

Siège social: **DISTRIBUTIONS PHARMAPLUS INC.**
2905, rue de Celles # 102
Québec (Québec) G2C 1W7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement M

GMD DISTRIBUTION INC.

Siège social: **GMD DISTRIBUTION INC.**
1215, North Service Rd. W.
Oakville (Ontario) L6M 2W2

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement O

McKesson Distribution Spécialisée Inc.

Siège social: **McKesson Distribution Spécialisée Inc.**
8449 Lawson road, unit 102
Milton (Ontario) L9T 9L1

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement R

LPG Inventory Solutions

Siège social: **Andrew and David Wholesale Ltd.**
3615 Laird rd. # 18
Mississauga (Ontario) L5L 5Z8
Marge bénéficiaire 6,5%
Code de source d'approvisionnement S

Sentrex Distribution Inc.

Siège social: **Sentrex Distribution Inc.**
120 Valleywood Drive
Markham, Ontario, Canada L3R 6A7
Marge bénéficiaire 6,5%
Code de source d'approvisionnement U

Distribution 2LG Inc.

Siège social: **Distribution 2LG Inc.**
102-1525 boul. Ford Châteauguay
Châteauguay, Québec, Canada J6J 4Z2
Marge bénéficiaire 6,5%
Code de source d'approvisionnement W

Siège social: **LPG Inventory Solutions**
40 Milburn Road
Hamilton, Ontario, Canada L8E 3L9
Marge bénéficiaire 6,5%
Code de source d'approvisionnement T

Nu-Quest Distribution Inc.

Siège social: **Nu-Quest Distribution Inc.**
101-96, Clyde Ave
Mount Pearl, Terre-Neuve, Canada A1N 4S2
Marge bénéficiaire 6,5%
Code de source d'approvisionnement V

SRX Health Wholesale & Distribution

Siège social: **SRX Health Wholesale & Distribution**
755 Queensway East - Unit 18
Mississauga, Ontario, Canada L4Y 4C5
Marge bénéficiaire 6,5%
Code de source d'approvisionnement X

ANNEXE III
**PRODUITS POUR LESQUELS LA MARGE BÉNÉFICIAIRE DU
GROSSISTE EST LIMITÉE À UN MONTANT MAXIMUM**

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Otsuka Can	Abilify Asimtufii Susp. Inj. I.M. (ser) 720 mg/2,4 mL	1
Otsuka Can	Abilify Asimtufii Susp. Inj. I.M. (ser) 960 mg/3,2 mL	1
Jamp	Abiraterone Co. 500 mg	60
Pfizer	Abrilada (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Pfizer	Abrilada (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Mylan	Acétate de glatiramère injectable Sol. Inj. S.C. (ser) 20 mg/mL (1 mL)	30
S. & N.	Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) Pans. Plus de 500 cm ² (surface active)	6
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
AuroPharma	Acyclovir Sodium Injection Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
AuroPharma	Acyclovir Sodium Injection Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Bayer	Adempas Co. 0,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2,5 mg	42
Novartis	Afinitor Co. 2,5 mg	30
Novartis	Afinitor Co. 5 mg	30
Novartis	Afinitor Co. 10 mg	30
Apotex	Aflivu Sol. inj. 40 mg/mL	1
Apotex	Aflivu Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL	1
Janss. Inc	Akeega Co. 50 mg - 500 mg	60
Janss. Inc	Akeega Co. 100 mg - 500 mg	60
Roche	Alecensaro Caps. 150 mg	240
Takeda	Alunbrig Co. 30 mg	28
Takeda	Alunbrig Co. 90 mg	28
Takeda	Alunbrig Co. 180 mg	28
Takeda	Alunbrig Trousse (orale solide) 90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.)	1
Amgen	Amgevita (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Amgen	Amgevita (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Alnylam	Amvuttra Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/mL (0,5 mL)	1
Apotex	Apo-Abiraterone Co. 500 mg	60
Apotex	Apo-Ambrisentan Co. 5 mg	30
Apotex	Apo-Ambrisentan Co. 10 mg	30
Apotex	Apo-Apremilast Co. 30 mg	56
Apotex	Apo-Cladribine Co. 10 mg	1
Apotex	Apo-Cladribine Co. 10 mg	4
Apotex	Apo-Dasatinib Co. 100 mg	30
Apotex	Apo-Eltrombopag Co. 25 mg	28
Apotex	Apo-Eltrombopag Co. 50 mg	28
Apotex	Apo-Enzalutamide Caps. 40 mg	120
Apotex	Apo-Gefitinib Co. 250 mg	30
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Apotex	Apo-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Apotex	Apo-Nilotinib Caps. 150 mg	112
Apotex	Apo-Nilotinib Caps. 200 mg	112
Apotex	Apo-Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Apotex	Apo-Pomalidomide Caps. 2 mg	21
Apotex	Apo-Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Apotex	Apo-Pomalidomide Caps. 4 mg	21
ViiV	Apretude Co. 30 mg	30
ViiV	Apretude Trousse 200 mg /mL (3 mL)	1
Amgen	Aranesp Seringue 80 mcg/0,4 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 100 mcg/0,5 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 130 mcg/0,65 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 150 mcg/0,3 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 300 mcg/0,6 mL	1
Amgen	Aranesp Seringue 500 mcg/1,0 mL	1
AuroPharma	Auro-Apremilast Co. 30 mg	56
AuroPharma	Auro-Enzalutamide Caps. 40 mg	120
AuroPharma	Auro-Nintedanib Caps. 100 mg	60
AuroPharma	Auro-Nintedanib Caps. 150 mg	60
AuroPharma	Auro-Sunitinib Caps. 25 mg	28
AuroPharma	Auro-Sunitinib Caps. 50 mg	28
Biogen	Avonex Pen Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Biogen	Avonex PS Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Medison	Ayvakyt Co. 25 mg	30
Medison	Ayvakyt Co. 50 mg	30
Medison	Ayvakyt Co. 100 mg	30
Medison	Ayvakyt Co. 200 mg	30
Hikma	Baclofene injectable Sol. Inj. 2 mg/mL (5 mL)	10
Janss. Inc	Balversa Co. 3 mg	56
Janss. Inc	Balversa Co. 3 mg	84
Janss. Inc	Balversa Co. 4 mg	28
Janss. Inc	Balversa Co. 4 mg	56
Janss. Inc	Balversa Co. 5 mg	28
GSK	Benlysta Sol. Inj. S.C. (stylo) 200 mg/ml (1 ml)	4
Bayer	Betaseron Pd. Inj. 0,3 mg	15
Bayer	Betaseron Pd. Inj. 0,3 mg	45
Gilead	Biktarvy Co. 50 mg -200 mg -25 mg	30
U.C.B.	Bimzelx Sol. Inj. S.C. (ser) 160 mg/mL (1 mL)	2
U.C.B.	Bimzelx Sol. Inj. S.C. (ser) 160 mg /mL (2 mL)	1
U.C.B.	Bimzelx Sol. Inj. S.C. (stylo) 160 mg/mL (1 mL)	2
U.C.B.	Bimzelx Sol. Inj. S.C. (stylo) 160 mg /mL (2 mL)	1
Pfizer	Braftovi Caps. 75 mg	120
Pfizer	Braftovi Caps. 75 mg	180
Organon	Brenzys (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Organon	Brenzys (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
BeOne med	Brukinsa Caps. 80 mg	120
BeOne med	Brukinsa Co. 160 mg	60
Medison	Bylvay Caps. 200 mcg	30
Medison	Bylvay Caps. 400 mcg	30
Medison	Bylvay Caps. 600 mcg	30
Medison	Bylvay Caps. 1200 mcg	30
Biogen	Byooviz Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23ml)	1
ViiV	Cabenuva Trousse 200 mg/mL - 300 mg/mL	2 ml
ViiV	Cabenuva Trousse 200 mg/mL - 300 mg/mL	3 ml
Ipsen	Cabometyx Co. 20 mg	30
Ipsen	Cabometyx Co. 40 mg	30
Ipsen	Cabometyx Co. 60 mg	30
AZC	Calquence Co. 100 mg	60
B.M.S.	Camzyos Caps. 2,5 mg	30
B.M.S.	Camzyos Caps. 5 mg	30
B.M.S.	Camzyos Caps. 10 mg	30
B.M.S.	Camzyos Caps. 15 mg	30

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Merck	Capvaxive (bte de 10 doses) Sol. Inj. I.M. (ser) 84 µg polysaccharides pneumococciques conjugués à 65 µg CRM197 / 0,5 mL	10 dose(s)
Gilead	Cayston Sol. pour Inh. 75 mg	84
Hikma	Céfuroxime pour injection USP Pd. Inj. 7,5 g	10
ViiV	Celsentri Co. 150 mg	60
ViiV	Celsentri Co. 300 mg	60
Pfizer	Cibinqo Co. 50 mg	30
Pfizer	Cibinqo Co. 100 mg	30
Pfizer	Cibinqo Co. 200 mg	30
U.C.B.	Cimzia Sol. Inj. S.C. (ser) 200 mg/ml (1 ml)	2
U.C.B.	Cimzia Sol. Inj. S.C. (stylo) 200 mg/ml (1 ml)	2
Pfizer	Comirnaty Ser. préremplie inj. I.M. 30 mcg/0,3 mL	10 dose(s)
Gilead	Complera Co. 200 mg - 25 mg - 300 mg	30
Novartis	Cosentyx (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Novartis	Cosentyx (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
Novartis	Cosentyx (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (2 mL)	1
Novartis	Cosentyx (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Novartis	Cosentyx (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
Novartis	Cosentyx (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (2 mL)	1
Roche	Cotellic Co. 20 mg	63
Avir	Cresemba Caps. 100 mg	14
Kyowa	Crysvita Sol. Inj. S.C. 10 mg/mL (1 mL)	1
Kyowa	Crysvita Sol. Inj. S.C. 20 mg/mL (1 mL)	1
Kyowa	Crysvita Sol. Inj. S.C. 30 mg/mL (1 mL)	1
RRDC	Cystadane Pd. Orale 1 g/1,7 mL	180 g
RRDC	Cystadrops Sol. Oph. 0,37 %	5 ml
Merck	Delstrigo Co. 100 mg -300 mg -300 mg	30
Merck	Dificid Co. 200 mg	20
Ultragenyx	Dojolvi Liq. 100 %	500 ml
ViiV	Dovato Co. 50 mg-300 mg	30
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/mL (2 mL)	2
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (ser) 175 mg/mL (1,14 mL)	2
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/mL (2 mL)	2
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (stylo) 175 mg/mL (1,14 mL)	2
Lilly	Ebglyss Sol. Inj. S.C. (ser) 125 mg/mL (2 mL)	1
Lilly	Ebglyss Sol. Inj. S.C. (stylo) 125 mg/mL (2 mL)	1
Lilly	Ebglyss Sol. Inj. S.C. (stylo) 125 mg/mL (2 mL)	2
Tolmar	Eligard Trousse 22,5 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 30 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 45 mg	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
SOBI	Empaveli Sol. Perf. S. C. 54 mg/mL (20 mL)	1
Roche	Enspryng (seringue) Sol. Inj. S.C. 120 mg/mL	1
Takeda	Entyvio Pd. Perf. I.V. 300 mg	1
Takeda	Entyvio (seringue) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	1
Takeda	Entyvio (seringue) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	2
Takeda	Entyvio (stylo) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	1
Takeda	Entyvio (stylo) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	2
Paladin	Envarsus PA Co. L.A. 4 mg	100
Sandoz	Enzeevu Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL	1
Gilead	Epclusa Co. 400 mg -100 mg	28
Jazz	Épidiolex Sol. Orale 100 mg /mL (100 mL)	1
Janss. Inc	Eprex Seringue 10 000 UI/1,0 mL	6
Sandoz	Erelzi SensoReady Pen Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Sandoz	Erelzi (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Roche	Erivedge Caps. 150 mg	28
Janss. Inc	Erleada Co. 60 mg	120
Janss. Inc	Erleada Co. 240 mg	30
Roche	Esbriet Co. 801 mg	90
EUGIA Ph	Eugia-Pazopanib Co. 200 mg	120
Ultragenyx	Evkeeza Sol. Perf. I.V. 150 mg/mL (2,3 mL)	2,3 ml
Roche	Evrysdi Co. 5 mg	28
Roche	Evrysdi Pd. Orale 60 mg (0,75 mg/mL)	1
Novartis	Extavia Pd. Inj. 0,3 mg	15
Celltrion	Eydenzelt Sol. inj. 40 mg/mL	1
Celltrion	Eydenzelt Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL	1
Bayer	Eylea HD Sol. inj. 114,3 mg/mL (0,263 mL)	1
Bayer	Eylea HD Sol. Inj. (ser) 114,3 mg /mL (0,184 mL)	1
AZC	Fasenra Sol. Inj. S.C. (ser) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Fasenra Pen Sol. Inj. S.C. (stylo) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Faslodex Sol. Inj. I.M. (ser) 50 mg/mL (5 mL)	2
Takeda	Firazyf Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
Kye Pharma	Firdapse Co. 10 mg	240
Takeda	Fruzaqla Caps. 1 mg	21
Takeda	Fruzaqla Caps. 5 mg	21
Roche	Fuzeon Pd. Inj. S.C. 108 mg	60
Amicus	Galafold Caps. 123 mg	14
Sterimax	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Forma Ph	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Fresenius	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Merck	Gardasil 9 (fiolle) Susp. Inj. I.M. 30mcg,40mcg,60mcg, 40mcg,20mcg/0,5 mL	10 dose(s)
Pfizer	Genotropin GoQuick Sty 12 mg	5
Gilead	Genvoya Co. 150 mg -150 mg -200 mg -10 mg	30
Novartis	Gilenya Caps. 0,5 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 20 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 30 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 40 mg	28
Alnylam	Givlaari Sol. Inj. S.C. 189 mg/mL	1
Phmscience	Glatect Sol. Inj. S.C. (ser) 20 mg/mL (1 mL)	30
Novartis	Gleevec Co. 100 mg	120
Novartis	Gleevec Co. 400 mg	30
Glenmark	GLN-Apremilast Co. 30 mg	60
Serono	Gonal-f Sol. Inj. S.C. (stylo) 900 UI	1
Organon	Hadlima PushTouch (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Organon	Hadlima PushTouch (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Organon	Hadlima (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Organon	Hadlima (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Gilead	Harvoni Co. 90 mg -400 mg	28
Biocon	Hulio (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Biocon	Hulio (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Sandoz	Hyrimoz (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Sandoz	Hyrimoz (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Sandoz	Hyrimoz (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Sandoz	Hyrimoz (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Sandoz	Hyrimoz (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Sandoz	Hyrimoz (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Pfizer	Ibrance Co. 75 mg	21
Pfizer	Ibrance Co. 100 mg	21
Pfizer	Ibrance Co. 125 mg	21
Jamp	Icatibant injectable Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
Fresenius	Idacio (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Fresenius	Idacio (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Sun Pharma	Ilumya Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (1 mL)	1
Sun Pharma	Ilumya Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (1 mL)	1
Janss. Inc	Imbruvica Caps. 140 mg	90
Pfizer	Inlyta Co. 1 mg	60
Pfizer	Inlyta Co. 5 mg	60
Celgene	Inrebic Caps. 100 mg	120

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 175 mg/0,875 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 263 mg/1,315 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 350 mg/1,75 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 525 mg/2,625 mL	1
AZC	Iressa Co. 250 mg	30
Roche	Itovebi Co. 3 mg	28
Roche	Itovebi Co. 9 mg	28
Novartis	Jakavi Co. 5 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 10 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 15 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 20 mg	56
Jamp	Jamp Abiraterone Co. 250 mg	120
Jamp	Jamp Abiraterone Co. 500 mg	60
Jamp	Jamp Ambrisentan Co. 5 mg	30
Jamp	Jamp Ambrisentan Co. 10 mg	30
Jamp	Jamp Apremilast Co. 30 mg	56
Jamp	JAMP Enzalutamide Caps. 40 mg	120
Jamp	Jamp Gefitinib Co. 250 mg	30
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Jamp	Jamp Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Jamp	JAMP Nintedanib Caps. 100 mg	60
Jamp	JAMP Nintedanib Caps. 150 mg	60
Jamp	Jamp Pirfenidone Co. 801 mg	90
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 2 mg	21
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Jamp	JAMP Posaconazole Susp. Orale 40 mg/mL	105 ml
Jamp	Jamp Tretinoin Caps. 10 mg	100
Jamp	Jamp Voriconazole Co. 200 mg	30
Jamp	Jamteki Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1
Jamp	Jamteki Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Jamp	Jamteki Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Jamp	Jamteki Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
ViiV	Juluca Co. 50 mg -25 mg	30
Medison	Juxtapid Caps. 5 mg	28

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Medison	Juxtapid Caps. 10 mg	28
Medison	Juxtapid Caps. 20 mg	28
Vertex	Kalydeco Trousse (orale solide) 150 mg	56
Alexion	Kanuma Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (10 mL)	10 ml
Novartis	Kesimpta (stylo) Sol. Inj. S.C. 20 mg/0,4 mL	1
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (ser) 200 mg/1,14 mL	2
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/1,14 mL	2
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (stylo) 200 mg/1,14 mL	2
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	21
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	42
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	63
Alexion	Koselugo Caps. 10 mg	60
Alexion	Koselugo Caps. 25 mg	60
Biomarin	Kuvan Co. 100 mg	120
Apotex	Lapelga Sol. Inj. S.C. (stylo) 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Janss. Inc	Lazcluze Co. 80 mg	60
Janss. Inc	Lazcluze Co. 240 mg	30
Genzyme	Lemtrada Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (1,2 mL)	1
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 8 mg : 4 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 10 mg : 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 12 mg : 4 mg (15 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 20 mg : 10 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)	6
Novartis	Leqvio Sol. Inj. S.C. (ser) 189 mg/mL (1,5 mL)	1
Jamp	Linezolid Injection Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (300 mL)	10
Takeda	Livtencity Co. 200 mg	56
Taiho	Lonsurf Co. 15 mg - 6,14 mg	20
Taiho	Lonsurf Co. 20 mg - 8,19 mg	20
Pfizer	Lorbrena Co. 25 mg	30
Pfizer	Lorbrena Co. 100 mg	30
AbbVie	Lupron Depot Trousse 11,25 mg	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 22,5 mg	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 30 mg	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
AZC	Lynparza Co. 100 mg	60
AZC	Lynparza Co. 100 mg	120
AZC	Lynparza Co. 150 mg	60
AZC	Lynparza Co. 150 mg	120
Médunik	Lysodren Co. 500 mg	100
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 250 mg	120
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 500 mg	60
Marcan	Mar-Afatinib Co. 20 mg	30
Marcan	Mar-Afatinib Co. 30 mg	30
Marcan	Mar-Afatinib Co. 40 mg	30
Marcan	Mar-Trientine Caps. 250 mg	100
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	1
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	4
AbbVie	Maviret Trousse (orale solide) 100 mg -40 mg	28
Novartis	Mayzent Co. 2 mg	28
Novartis	Mekinist Co. 0,5 mg	30
Novartis	Mekinist Co. 2 mg	30
Pfizer	Mektovi Co. 15 mg	180
GSK	Menveo (bte de 10 doses) Sol. Inj. I.M. 10 µg du séro-groupe A et 5 µg des sérogroupes C, W-135 et Y/ 0,5 mL	10 dose(s)
Mint	Mint-Apremilast Co. 30 mg	56
Mantra Ph.	M-Pirfenidone Co. 801 mg	90
Genzyme	Myozyme Pd. Perf. I.V. 50 mg	1
Natco	Nat-Abiraterone Co. 250 mg	120
Natco	NAT-Bosentan Co. 62,5 mg	56
Natco	NAT-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	56
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	60
Natco	NAT-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Natco	NAT-Everolimus Co. 5 mg	30
Natco	NAT-Everolimus Co. 10 mg	30
Natco	Nat-Gefitinib Co. 250 mg	30
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 2 mg	21

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Natco	NAT-Sunitinib Caps. 25 mg	28
Natco	NAT-Sunitinib Caps. 50 mg	28
Bayer	Nexavar Co. 200 mg	112
Lab X.O	Nimotop Co. 30 mg	100
Pfizer	Nivestym Sol. inj. 300 mcg/mL (1,0 mL)	10
Pfizer	Nivestym Sol. inj. 300 mcg/mL (1,6mL)	10
Bayer	Nubeqa Co. 300 mg	120
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (0,4 mL)	1
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (1 mL)	1
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (1 mL)	1
Pfizer	Nyvepria Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Advanz	Ocaliva Co. 5 mg	30
Advanz	Ocaliva Co. 10 mg	30
Roche	Ocrevus Sol. Perf. I.V. 30 mg/mL (10 mL)	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Gilead	Odefsey Co. 200 mg - 25 mg - 25 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 100 mg	60
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	60
GSK	Ojjaara Co. 100 mg	30
GSK	Ojjaara Co. 150 mg	30
GSK	Ojjaara Co. 200 mg	30
Lilly	Olumiant Co. 2 mg	30
Celltrion	Omlyclo Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/mL (2 mL)	1
Celltrion	Omlyclo Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/mL (2 mL)	1
Lilly	Omboh Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (15 mL)	1
Lilly	Omboh (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (1 mL)	2
Lilly	Omboh (seringue) Trousse (Sol. Inj. S. C.) 100 mg/mL (1 mL et 2 mL)	1
Lilly	Omboh (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (1 mL)	2
Lilly	Omboh (stylo) Trousse (Sol. Inj. S. C.) 100 mg/mL (1 mL et 2 mL)	1
Alnylam	Onpattro Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (5 mL)	1
Celgene	Onureg Co. 200 mg	7

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Celgene	Onureg Co. 300 mg	7
Janss. Inc	Opsumit Co. 10 mg	30
B.M.S.	Orencia Sol. Inj. S.C. (ser) 125 mg/mL (1 mL)	4
Biocryst	Orladeyo Caps. 150 mg	28
Amgen	Otezla Co. 30 mg	56
Fresenius	Otulf Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Fresenius	Otulf Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Fresenius	Otulf Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Alnylam	Oxlumo Sol. Inj. S.C. 94,5 mg/0,5 mL	1
AbbVie	Ozurdex Implant Intravitréen 0,7 mg	1
Pfizer	Paxlovid Co. 150 mg - 100 mg	30
Incyte	Pemazyre Co. 4,5 mg	14
Incyte	Pemazyre Co. 9 mg	14
Incyte	Pemazyre Co. 13,5 mg	14
Medunik	Pheburane Gran. 483 mg/g	1
Roche	Piasky Sol. Inj. 170 mg/mL (2 mL)	1
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 250 mg	120
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 500 mg	60
Phmscience	pms-Apremilast Co. 30 mg	56
Phmscience	pms-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Phmscience	pms-Bosentan Co. 125 mg	60
Phmscience	pms-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Phmscience	pms-Everolimus Co. 5 mg	30
Phmscience	pms-Everolimus Co. 10 mg	30
Phmscience	pms-Palbociclib Co. 75 mg	21
Phmscience	pms-Palbociclib Co. 100 mg	21
Phmscience	pms-Palbociclib Co. 125 mg	21
Phmscience	pms-Pazopanib Co. 200 mg	60
Phmscience	pms-Pazopanib Co. 200 mg	120
Phmscience	pms-Pirfenidone Co. 801 mg	90
Celgene	Pomalyst Caps. 1 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 2 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 3 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 4 mg	21
Merck	Posanol Susp. Orale 40 mg/mL	105 ml
Pfizer	Prevmar 20 (bte de 10 doses) Susp. Inj. I.M. 2,2 mcg/ 0,5 mL	10 dose(s)
Merck	Prevymis Co. 240 mg	28
Merck	Prevymis Co. 480 mg	28
Amgen	Procysbi Caps. L.A. 75 mg	250

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Astellas	Prograf Caps. 5 mg	100
Pharmaris	PRZ-Abiraterone Co. 250 mg	120
Roche	Pulmozyme Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2,5 mL)	30
Organon	Puregon Cartouche 900 UI	1
Medison	Qinlock Co. 50 mg	90
Amgen	Quinsair Sol. pour Inh. 100 mg/mL (2,4 mL)	56
Mitsubishi	Radicava Susp. Orale 105 mg/5 mL	50 ml
Mitsubishi	Radicava Susp. Orale 105 mg/5 mL	70 ml
Teva Innov	Ranopto Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23ml)	1
Horizon	Ravicti Liq. 1,1 g/mL	25 ml
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	4
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	4
B.M.S.	Reblozyl Pd. Inj. S.C. 25 mg	1
B.M.S.	Reblozyl Pd. Inj. S.C. 75 mg	1
Dr Reddy's	Reddy-Abiraterone Co. 250 mg	120
Dr Reddy's	Reddy-Abiraterone Co. 500 mg	60
Dr Reddy's	Reddy-Dasatinib Co. 50 mg	60
Dr Reddy's	Reddy-Dasatinib Co. 70 mg	60
Dr Reddy's	Reddy-Dasatinib Co. 100 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Enzalutamide Caps. 40 mg	112
Dr Reddy's	Reddy-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Everolimus Co. 5 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Everolimus Co. 10 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 150 mg	112
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 150 mg	120
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 200 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 200 mg	112
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 2 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Ferring	Rekovel Sol. Inj. S.C. (stylo) 72 mcg/2,16 mL	1
Janss. Inc	Remicade Pd. Perf. I.V. 100 mg	1
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 1 mg/mL	20 ml

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 2,5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 10 mg/mL	20 ml
Celltrion	Remsima SC Sol. Inj. S.C. (ser) 120 mg/mL (1 mL)	2
Celltrion	Remsima SC Sol. Inj. S.C. (stylo) 120 mg/mL (1 mL)	2
Lilly	Retevmo Caps. 40 mg	60
Lilly	Retevmo Caps. 80 mg	60
BGP Pharma	Revatio Co. 20 mg	90
Celgene	Revlimid Caps. 2,5 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 5 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 10 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 15 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 20 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 25 mg	21
Novartis	Revolade Co. 50 mg	14
Novartis	Revolade Co. 50 mg	28
SanofiAven	Rezurock Co. 200 mg	30
AbbVie	Rinvoq Co. L.A. 15 mg	30
AbbVie	Rinvoq Co. L.A. 30 mg	30
AbbVie	Rinvoq Co. L.A. 45 mg	28
Roche	Rozlytrek Caps. 100 mg	30
Roche	Rozlytrek Caps. 200 mg	90
Medunik	Ruzurgi Co. 10 mg	100
Lupin	Rymti (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Lupin	Rymti (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
U.C.B.	Rystiggo Sol. Inj. S.C. 140 mg/mL (2 mL)	1
Serono	Saizen Cartouche 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Sandoz	Sandoz Abiraterone Co. 250 mg	120
Sandoz	Sandoz Abiraterone Co. 500 mg	60
Sandoz	Sandoz AFAtinib Co. 20 mg	30
Sandoz	Sandoz AFAtinib Co. 30 mg	30
Sandoz	Sandoz AFAtinib Co. 40 mg	30
Sandoz	Sandoz Apremilast Co. 30 mg	56
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 2,5 mg	30
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 5 mg	30
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 10 mg	30
Sandoz	Sandoz Gefitinib Co. 250 mg	30

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Sandoz	Sandoz Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Sandoz	Sandoz Pirfenidone Co. 801 mg	90
Sandoz	Sandoz Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Sandoz	Sandoz Pomalidomide Caps. 2 mg	21
Sandoz	Sandoz Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Sandoz	Sandoz Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Sandoz	Sandoz Riociguat Co. 0,5 mg	42
Sandoz	Sandoz Riociguat Co. 1 mg	42
Sandoz	Sandoz Riociguat Co. 1,5 mg	42
Sandoz	Sandoz Riociguat Co. 2 mg	42
Sandoz	Sandoz Riociguat Co. 2,5 mg	42
Sandoz	Sandoz Sunitinib Caps. 25 mg	28
Sandoz	Sandoz Sunitinib Caps. 50 mg	28
Sandoz	Sandoz Voriconazole Co. 200 mg	30
AZC	Saphnelo Sol. Perf. I.V. 150 mg/mL (2 mL)	1
Novartis	Scemblix Co. 20 mg	60
Novartis	Scemblix Co. 40 mg	60
GSK	Shingrix (bte de 10 doses) Susp. Inj. I.M. adj. 50 mcg/ 0,5 mL	10 dose(s)
Bausch H.	Siliq (seringue) Sol. Inj. S.C. 140 mg/mL (1,5 mL)	2
Jamp	Simlandi (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Jamp	Simlandi (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Jamp	Simlandi (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (stylo) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi I.V. Sol. Perf. I.V. 12,5 mg/mL (4 mL)	1
AbbVie	Skyrizi Sol.Inj.S.C.(mini-doseur) 150 mg/mL (1,2 mL)	1
AbbVie	Skyrizi Sol.Inj.S.C.(mini-doseur) 150 mg/mL (2,4 mL)	1
AbbVie	Skyrizi Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/mL (0,83 mL)	2
AbbVie	Skyrizi Sol. Perf. I.V. 60 mg/mL (10 mL)	1
AbbVie	Skyrizi (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
AbbVie	Skyrizi (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Alexion	Soliris Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (30 mL)	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 60 mg/0,3 mL	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/0,3 mL	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 120 mg/0,5 mL	1
B.M.S.	Sotyktu Co. 6 mg	28
B.M.S.	Sotyktu Co. 6 mg	90
Gilead	Sovaldi Co. 400 mg	28
ModernaBio	Spikevax Ser. préremplie inj. I.M. 50 mcg/0,5 mL	10 dose(s)
B.M.S.	Sprycel Co. 20 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 50 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 70 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 100 mg	30
Celltrion	Steqeyma Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1
Celltrion	Steqeyma Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Celltrion	Steqeyma Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Celltrion	Steqeyma Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Bayer	Stivarga Co. 40 mg	84
Gilead	Stribild Co. 150 mg -150 mg -200 mg -300 mg	30
Hikma	Sulfate d'Amikacine Injection Sol. Inj. 250 mg/mL (2 mL)	10
Cheplaphar	Suprefact Dépôt 3 mois Implant 9,45 mg	1
Pfizer	Sutent Caps. 12,5 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 25 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 50 mg	28
Novartis	Tafinlar Caps. 50 mg	120
Novartis	Tafinlar Caps. 75 mg	120
AZC	Tagrisso Co. 40 mg	30
AZC	Tagrisso Co. 80 mg	30
Lilly	Taltz (seringue) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1
Lilly	Taltz (stylo) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1
Taro	Taro-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Taro	Taro-Bosentan Co. 125 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 50 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 70 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 100 mg	30
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Taro	Taro-Palbociclib Co. 75 mg	21
Taro	Taro-Palbociclib Co. 100 mg	21
Taro	Taro-Palbociclib Co. 125 mg	21

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 25 mg	28
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 25 mg	30
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 50 mg	28
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 50 mg	30
Taro	Taro-Tofacitinib XR Co. L.A. 11 mg	30
Novartis	Tasigna Caps. 150 mg	112
Novartis	Tasigna Caps. 200 mg	112
Biogen	Tecfidera Caps. L.A. 240 mg	56
Merck	Temodal Caps. 250 mg	5
Serono	Tepmetko Co. 225 mg	60
Teva Can	Teva-Dasatinib Co. 100 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 10 mg	30
Teva Can	Teva-Sunitinib Caps. 25 mg	28
Teva Can	Teva-Sunitinib Caps. 50 mg	28
Teva Can	Teva-Tobramycin Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
AZC	Tezspire (seringue) Sol. Inj. S.C. 110 mg/mL (1,91 mL)	1
AZC	Tezspire (stylo) Sol. Inj. S.C. 110 mg/mL (1,91 mL)	1
Celgene	Thalomid Caps. 50 mg	28
Celgene	Thalomid Caps. 100 mg	28
Servier	Tibsovo Co. 250 mg	60
BGP Pharma	Tobi Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
BGP Pharma	Tobi Podhaler Pd. pour Inh. 28 mg	224
Janss. Inc	Tracleer Co. 62,5 mg	56
Janss. Inc	Tracleer Co. 125 mg	56
Knight	Trelstar Trousse 22,5 mg	1
Knight	Trelstar LA Trousse 11,25 mg	1
Janss. Inc	Tremfya Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (1 mL)	1
Janss. Inc	Tremfya Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (1 mL)	1
Janss. Inc	Tremfya Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (2 mL)	1
Janss. Inc	Tremfya I.V. Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (20 mL)	1
Janss. Inc	Tremfya One-Press Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (1 mL)	1
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg	84
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 80 mg - 40 mg - 60 mg et 59,5 mg	56
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg	56

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg et 150 mg	84
ViiV	Triumeq Co. 50 mg - 600 mg - 300 mg	30
AZC	Truqap Co. 160 mg	64
AZC	Truqap Co. 200 mg	64
Gilead	Truvada Co. 200mg- 300mg	30
Teva Innov	Truxima Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL	50 ml
Pfizer	Tygacil Pd. Perf. I.V. 50 mg	10
Novartis	Tykerb Co. 250 mg	70
Biogen	Tysabri Sol. Inj. I.V. 300mg/15ml	1
Alexion	Ultomiris Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (30 mL)	1
Alexion	Ultomiris Sol. Perf. I.V. 100 mg/mL (3 mL)	1
Alexion	Ultomiris Sol. Perf. I.V. 100 mg/mL (11 mL)	1
Amgen	Uplizna Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (10 mL)	3
Janss. Inc	Uptravi Co. 200 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 400 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 600 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 800 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1000 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1200 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1400 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1600 mcg	60
Roche	Vabysmo Sol. Inj. 120 mg/mL (0,24 mL)	1
Roche	Vabysmo Sol. Inj. (ser) 120 mg/mL (0,175 mL)	1
Cheplaphar	Valcyte Co. 450 mg	60
Daiichi	Vanflyta Co. 17,7 mg	28
Daiichi	Vanflyta Co. 26,5 mg	56
Pfizer	Velsipity Co. 2 mg	30
AbbVie	Venclexta Trousse (orale solide) 10 mg (14 Co.), 50 mg (7 Co.) et 100 mg (21 Co.)	1
Lilly	Verzenio Co. 50 mg	28
Lilly	Verzenio Co. 100 mg	28
Lilly	Verzenio Co. 150 mg	28
Cheplaphar	Vesanoid Caps. 10 mg	100
Oméga	Vespidés combinés Pd. Inj. 3,9 mg	1
Oméga	Vespidés combinés Pd. Inj. 1 650 mcg	1
Pfizer	Vfend Co. 200 mg	30
Cheplaphar	Visudyne Pd. Inj. I.V. 15 mg	1
Bayer	Vitrakvi Caps. 25 mg	56
Bayer	Vitrakvi Caps. 100 mg	56
Bayer	Vitrakvi Sol. Orale 20 mg/mL (50 mL)	2

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
ViiV	Vocabria Co. 30 mg	30
GSK	Volibris Co. 5 mg	30
GSK	Volibris Co. 10 mg	30
Servier	Voranigo Co. 10 mg	30
Servier	Voranigo Co. 40 mg	30
Gilead	Vosevi Co. 400 mg -100 mg -100 mg	28
Novartis	Votrient Co. 200 mg	120
AbbVie	Vyalev Sol. Perf. S. C. 240 mg/mL - 12 mg/mL (10 mL)	7
Lundbeck	Vyepti Sol. Perf. I.V. 100 mg/mL (1 mL)	1
Lundbeck	Vyepti Sol. Perf. I.V. 100 mg/mL (3 mL)	1
Pfizer	Vyndamax Caps. 61 mg	30
Pfizer	Vyndaqel Caps. 20 mg	120
Argenx	Vyvgart Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (20 mL)	1
AZC	Wainua Sol. Inj. S.C. (stylo) 56 mg /mL (0,8 mL)	1
Waymade	Waymade-Trientine Caps. 250 mg	100
Merck	Welireg Co. 40 mg	90
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (stylo) 45 mg/0,5 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (stylo) 90 mg/1 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Merck	Winrevair Pd. Inj. S.C. 45 mg	1
Merck	Winrevair Pd. Inj. S.C. 60 mg	1
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 45 mg	1
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 45 mg	2
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 60 mg	1
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 60 mg	2
Pfizer	Xalkori Caps. 200 mg	60
Pfizer	Xalkori Caps. 250 mg	60
Pfizer	Xeljanz Co. 5 mg	60
Pfizer	Xeljanz Co. 10 mg	60
Pfizer	Xeljanz XR Co. L.A. 11 mg	30
Astellas	Xospata Co. 40 mg	90
Forus	Xpovio Co. 20 mg	20
Astellas	Xtandi Caps. 40 mg	120
Paladin	Xydalba Pd. Perf. I.V. 500 mg	1
Biocon	Yesafili Sol. inj. 40 mg/mL	1
Biocon	Yesafili Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL	1
Biocon	Yesintek Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Biocon	Yesintek Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Biocon	Yesintek Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Biocon	Yesintek Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Celltrion	Yuflyma (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Celltrion	Yuflyma (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Celltrion	Yuflyma (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	3
GSK	Zejula Caps. 100 mg	56
GSK	Zejula Caps. 100 mg	84
GSK	Zejula Co. 100 mg	56
Roche	Zelboraf Co. 240 mg	56
Celgene	Zeposia Caps. 0,92 mg	28
Merck	Zerbaxa Pd. Inj. I.V. 1 g - 0,5 g	10
U.C.B.	Zilbrysq Sol. Inj. S.C. (ser) 40 mg /mL (0,416 mL)	7
U.C.B.	Zilbrysq Sol. Inj. S.C. (ser) 40 mg /mL (0,574 mL)	7
U.C.B.	Zilbrysq Sol. Inj. S.C. (ser) 40 mg /mL (0,810 mL)	7
TerSera	Zoladex LA Implant 10,8 mg	1
Gilead	Zydelig Co. 100 mg	60
Gilead	Zydelig Co. 150 mg	60
Novartis	Zykadia Caps. 150 mg	150
Janss. Inc	Zytiga Co. 250 mg	120
Janss. Inc	Zytiga Co. 500 mg	60

ANNEXE III.1

LISTE DES PRÉPARATIONS MAGISTRALES STANDARDISÉES

- Azathioprine 50 mg/ml
- Bosentan 6,25 mg/ml*
- Carvédilol 1,67 mg/ml
- Clonazépam 0,1 mg/ml
- Clonidine (chlorhydrate de) 20 mcg/ml
- Clopidogrel 5 mg/ml
- Clozapine 20 mg/ml
- Célécoxib 10 mg/ml
- Dexaméthasone (phosphate sodique) 1 mg/ml
- Dexaméthasone 1 mg/ml
- Dompéridone 1 mg/ml
- Éthambutol (chlorhydrate de) 100 mg/ml
- Famotidine 8 mg/ml
- Gabapentine 100 mg/ml
- Hydrochlorothiazide 5 mg/ml et spironolactone 5 mg/ml
- Hydrocortisone 2 mg/ml
- Hydroxyurée 100 mg/ml
- Labétalol (chlorhydrate de) 40 mg/ml
- Lamotrigine 1 mg/ml
- Lansoprazole 3 mg/ml
- Lisinopril 1 mg/ml
- Lévodopa 5 mg/ml et carbidopa 1,25 mg/ml
- Mercaptopurine 5 mg/ml
- Metolazone 1 mg/ml
- Métoprolol (tartrate de) 10 mg/ml
- Métronidazole 50 mg/ml
- Nadolol 10 mg/ml
- Prednisone 5 mg/ml
- Propranolol (chlorhydrate de) 5 mg/ml
- Pyridoxine (chlorhydrate de) 25 mg/ml
- Sildénafil 2,5 mg/ml*
- Spironolactone 5 mg/ml

- Sulfaméthoxazole 40 mg/ml et triméthoprim 8 mg/ml
- Topiramate 6 mg/ml
- Ursodiol 50 mg/ml
- Valacyclovir 50 mg/ml

* Une autorisation en médicament d'exception est requise.

ANNEXE IV

LISTE DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION ET DES INDICATIONS RECONNUES POUR LEUR PAIEMENT

ABATACEPT, Pd. Perf. I.V. :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

ABÉMACICLIB :

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

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

ABIRATÉRONE (acétate d') :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

Toutefois, l'abiratéron demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 10 juillet 2019, en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

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

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

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

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

La durée des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

ABOBOTULINUMTOXINA :

- ◆ pour le traitement de la dystonie cervicale et d'autres conditions graves de spasticité.

Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

ABROCITINIB :

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

ACALABRUTINIB :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

ACIDE OBÉTICHOIQUE :

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

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

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

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

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

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

ADALIMUMAB :

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

ADALIMUMAB (COLITE ULCÉREUSE-ENFANTS) :

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

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

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

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

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

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

ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE) :

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

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

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

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

ADALIMUMAB (UVÉITE) :

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

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

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

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

ADALIMUMAB (MALADIE DE CROHN-ENFANTS) :

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

ADÉFOVIR DIPIVOXIL :

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

AFLIBERCEPT 2 MG :

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

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

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

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AFLIBERCEPT 8 MG :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
- absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le prescripteur;
- évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

ALECTINIB (chlorhydrate d') :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

ALEMTUZUMAB :

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

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

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

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

ALGLUCOSIDASE ALPHA :

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

ANNEXE IV

ALIROCUMAB :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ALITRÉTINOÏNE :

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

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

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

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

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

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

ALOGLIPTINE (benzoate d') :

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

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

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

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

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

AMBRISANTAN :

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

ANNEXE IV

AMIFAMPRIDINE :

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

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

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

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

AMIFAMPRIDINE (phosphate d') :

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

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

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

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

AMLODIPINE (bésylate d'), Sol. Orale :

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

AMPHÉTAMINE (sels mixtes d') :

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

ANIFROLUMAB :

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

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

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

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

APALUTAMIDE :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

ANNEXE IV

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

APREMILAST :

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

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

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

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

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

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

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

★ APRÉPITANT :

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

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

ASCIMINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

ANNEXE IV

ATOGEPAANT :

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

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

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

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

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

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

ATOMOXÉTINE (chlorhydrate d') :

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

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

AVAPRITINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

AXITINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

AZACITIDINE :

- ♦ pour le traitement d'entretien de la leucémie myéloïde aigüe *de novo* ou secondaire à un syndrome myélodysplasique ou à une leucémie myélomonocytaire chronique, chez les adultes qui ont obtenu une rémission complète ou rémission complète avec rétablissement hématologique incomplet après un traitement d'induction intensif, avec ou sans traitement de consolidation, qui ne sont pas admissibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques et :

- dont le risque cytogénétique est intermédiaire ou défavorable;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

AZÉLAÏQUE (acide) :

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

ANNEXE IV

AZTRÉONAM :

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

BARICITINIB :

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

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

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

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

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

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

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

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

BÉLIMUMAB :

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

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

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

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

BÉLUMOSUDIL (mésylate de) :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

BELZUTIFAN :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

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

ANNEXE IV

BENRALIZUMAB :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BÉROTRALSTAT :

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

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

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

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

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

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

BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

BIMEKIZUMAB (ARTHRITE PSORIASIQUE ET SPONDYLITE ANKYLOSANTE) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale sur une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.
 - Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

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

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

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

ANNEXE IV

BINIMÉTINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

BISACODYL :

- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

BOSENTAN :

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

BRIGATINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

BRIVARACÉTAM :

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

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

BRODALUMAB :

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

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

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

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

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

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

BUPRÉNORPHINE :

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

ANNEXE IV

BUROSUMAB :

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

Lors de la demande initiale, la personne doit :

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

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

CABERGOLINE :

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

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

CABOZANTINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

ANNEXE IV

CABOZANTINIB, 20 mg ET 40 mg :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

La dose maximale quotidienne autorisée est de 40 mg.

CALCIPOTRIOL / BÉTAMÉTHASONE (dipropionate de) :

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

CALCIUM (carbonate de). Mousse orale :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CANAGLIFLOZINE :

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

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

CANNABIDIOL :

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

CAPIVASERTIB :

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

ANNEXE IV

CAPTEUR DEXCOM G6 :

- ♦ pour l'autosurveillance de la glycémie des personnes diabétiques de 2 ans ou plus.

À l'instauration du traitement, la personne :

- de moins de 18 ans doit être atteinte de diabète de type 1;
- de 18 ans ou plus doit être traitée par insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline d'au moins 2 insulines différentes par jour) et doit satisfaire à un ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
 - inaptitude à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

La demande initiale est autorisée pour une période de 6 mois afin d'évaluer la capacité des patients à utiliser Dexcom G6^{MC} et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale de Dexcom G6^{MC}, soit au moins 70 % du temps.

Une réévaluation clinique annuelle par le prescripteur est recommandée afin de s'assurer que la personne utilise le capteur au moins 70 % du temps.

CAPTEUR DEXCOM G7 :

- ♦ pour l'autosurveillance de la glycémie des personnes diabétiques de 2 ans ou plus.

À l'instauration du traitement, la personne :

- de moins de 18 ans doit être atteinte du diabète de type 1;
- de 18 ans ou plus doit être traitée par insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline d'au moins 2 insulines différentes par jour) et doit satisfaire à un ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
 - inaptitude à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

La demande initiale est autorisée pour une période de 6 mois afin d'évaluer la capacité des patients à utiliser Dexcom G7^{MC} et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale de Dexcom G7^{MC}, soit au moins 70 % du temps.

Une réévaluation clinique annuelle par le prescripteur est recommandée afin de s'assurer que la personne utilise le capteur au moins 70 % du temps.

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2 :

- ◆ Pour l'autosurveillance de la glycémie des personnes diabétiques de 4 ans ou plus.

À l'instauration du traitement, la personne :

- de moins de 18 ans doit être atteinte du diabète de type 1;
- de 18 ans ou plus doit être traitée par insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline d'au moins 2 insulines différentes par jour) et doit satisfaire à un ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
 - inaptitude à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

La demande initiale est autorisée pour une période de 6 mois afin d'évaluer la capacité des patients à utiliser FreeStyle Libre 2^{MC} et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale du capteur FreeStyle Libre 3 Plus^{MC} ou FreeStyle Libre 2^{MC}, soit au moins 70 % du temps.

Une réévaluation clinique annuelle par le prescripteur est recommandée afin de s'assurer que la personne utilise le capteur au moins 70 % du temps.

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 3 PLUS :

- ◆ pour l'autosurveillance de la glycémie des personnes diabétiques de 2 ans ou plus.

À l'instauration du traitement, la personne :

- de moins de 18 ans doit être atteinte de diabète de type 1;
- de 18 ans ou plus doit être traitée par insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline d'au moins 2 insulines différentes par jour) et doit satisfaire à 1 ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
 - inaptitude à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

La demande initiale est autorisée pour une période de 6 mois afin d'évaluer la capacité des patients à utiliser FreeStyle Libre 3 Plus^{MC} et à porter le capteur.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale du capteur FreeStyle Libre 3 Plus^{MC} ou FreeStyle Libre 2^{MC}, soit au moins 70 % du temps.

Une réévaluation clinique annuelle par le prescripteur est recommandée afin de s'assurer que la personne utilise le capteur au moins 70 % du temps.

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE :

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE / PURITE :

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

ANNEXE IV

CARIPRAZINE :

- ◆ pour le traitement de la schizophrénie.

★ CASPOFONGINE (acétate de) :

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

★ CEFTOBIPROLE :

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

★ CEFTOLOZANE (sulfate de) / TAZOBACTAM SODIQUE :

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

CÉNOBAMATE :

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

CÉRITINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

CERTOLIZUMAB PEGOL :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA :

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

CINACALCET (chlorhydrate de) :

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

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

ANNEXE IV

CLADRIBINE :

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

L'autorisation de la demande est pour une période maximale de 2 ans.

CLINDAMYCINE (phosphate de), Cr. Vag. :

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

COBIMÉTINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

★ CODÉINE (phosphate de), Sir. :

- ◆ pour le traitement de la douleur chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés.

COLÉSÉVÉLAM (chlorhydrate de) :

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

COLLAGÉNASE :

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

CRIZOTINIB :

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

ANNEXE IV

CROVALIMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne qui présentent une hémolyse, corroborée par une concentration sérique de lactate déshydrogénase élevée, et dont l'état de santé est caractérisé par au moins 1 des éléments suivants :
 - un événement thromboembolique traité par un anticoagulant;
 - l'administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des 12 derniers mois;
 - une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;
 - une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités quotidiennes ou d'hypertension artérielle pulmonaire;
 - une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min;
 - des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés est requis.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite vernale grave.

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

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

CYSTÉAMINE, Sol. Oph. :

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

CYSTÉAMINE (bitartrate de) :

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

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

★ DABIGATRAN ETEXILATE :

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

DABRAFÉNIB (mésylate de) :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

ANNEXE IV

★ DALBAVANCINE (chlorhydrate de) :

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

DAPAGLIFLOZINE :

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

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

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

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

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

DAPAGLIFLOZINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

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

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

DARBÉPOÉTINE ALFA :

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

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

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

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

Toutefois, pour les personnes souffrant de cancer autres que celles visées précédemment, la darbépoéline alfa demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 janvier 2008 en autant que le traitement soit déjà en cours le 1^{er} octobre 2007, que son coût ait déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe et que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins 40 x 10⁹/l ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/l.

DAROLUTAMIDE :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

ANNEXE IV

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

DARUNAVIR, Co. 600 mg :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un autre inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral, à au moins 3 inhibiteurs de la protéase.

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

DASATINIB :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

ANNEXE IV

DEUCRAVACITINIB :

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

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

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

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

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

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

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

DEXAMÉTHASONE, Implant intravitréen :

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

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

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

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

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

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

DICLOFÉNAC SODIQUE, Sol. Oph. :

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

DIMÉTHYLE (fumarate de) :

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

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

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

DIPHENHYDRAMINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques et de la maladie de Parkinson.

DIPYRIDAMOLE / ACÉTYLSALICYLIQUE (acide) :

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

ANNEXE IV

DONÉPÉZIL (chlorhydrate de) :

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

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

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

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

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

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

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

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

DORNASE ALFA :

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

DULAGLUTIDE :

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

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

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) d'au moins 0,5 % ou par l'atteinte d'une valeur cible de 7 % ou moins.

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

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

DUPILUMAB :

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

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

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

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

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

- Les autorisations concernant le dupilumab sont données à raison d'une dose initiale maximale de 600 mg suivie d'une dose maximale de 300 mg toutes les 2 semaines.
- ◆ pour le traitement des patients âgés de 6 ans ou plus atteints d'asthme grave, présentant pour l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :
 - une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 150 cellules/microlitre ($0,15 \times 10^9/l$); et
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne de 1 corticostéroïde inhalé à dose élevée, de 1 agoniste β_2 à longue action et l'essai de 1 antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou de 1 antimuscarinique à longue action en inhalation; et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉCULIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne symptomatique qui présentent une hémolyse, corroborée par une concentration sérique de lactate déshydrogénase élevée, et dont l'état de santé est caractérisé par au moins 1 des éléments suivants :
 - un événement thromboembolique traité avec un anticoagulant;
 - une administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des 12 derniers mois;
 - une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;
 - une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités de la vie quotidienne ou d'hypertension artérielle pulmonaire;
 - une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min;
 - des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés est requis.

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

- 600 mg tous les 7 jours pendant les 4 premières semaines, suivis de
- 900 mg pour la 5^e dose 1 semaine plus tard et
- 900 mg toutes les 2 semaines par la suite.

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

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois à la dose maximale de 900 mg toutes les 2 semaines.

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

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

ANNEXE IV

ÉDARAVONE, Susp. Orale :

- ◆ pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), chez les personnes qui présentent chacun des éléments suivants :
 - un diagnostic de la SLA définitif ou probable selon les critères diagnostiques d'El Escorial révisés;
 - des symptômes de la maladie depuis moins de 2 ans;
 - un score d'au moins 2 points pour chaque élément de l'échelle ALSFRS-R, sauf pour la dyspnée, l'orthopnée et l'insuffisance respiratoire, pour lesquelles un score de 4 points est requis;
 - une capacité vitale forcée supérieure à 80 % de la valeur prédite;
 - pas de trachéotomie;
 - une clairance à la créatinine supérieure à 50 mL/min;
 - une autonomie préservée.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'une absence de trachéotomie chez son patient.

Les personnes qui ont obtenu un remboursement de l'édaravone I.V. en vertu de son indication reconnue pour le paiement sont admissibles au remboursement de l'édaravone orale sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve de l'absence de trachéotomie avant le début du traitement par l'édaravone orale.

EFGARTIGIMOD ALFA :

- ◆ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à IV selon la classification Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine; et
 - un score d'au moins 5 points sur l'échelle *Myasthenia Gravis-Activities of Daily Living* (MG-ADL), attribué à plus de 50 % à des symptômes non oculaires; et
 - un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase, 1 corticostéroïde et 1 immunosuppresseur non stéroïdien, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées.

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

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale, sans détérioration clinique).

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

Les autorisations concernant l'efgartigimod alfa sont données à raison de 1 dose maximale de 10 mg/kg (jusqu'à 1 200 mg) 1 fois par semaine pour un maximum de 6 cycles de 4 semaines par année. Il est à noter que l'efgartigimod alfa n'est pas autorisé de façon concomitante avec un inhibiteur du complément ou un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance de l'efgartigimod alfa avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aiguë.

Il est également à noter que l'efgartigimod alfa n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

ÉLÉXACAFITOR/TÉZACAFITOR/IVACAFITOR ET IVACAFITOR (EMBALLAGE COMBINÉ) :

- ◆ pour le traitement de la fibrose kystique, chez les personnes :
 - âgées de 2 ans ou plus;
et
 - présentant une mutation $\Delta F508$ ou une mutation délétère reconnue comme répondante au Trikafta^{MC} dans la monographie canadienne du produit sur au moins un allèle du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène *CFTR*);
et
 - n'ayant pas reçu de greffe pulmonaire.

Les autorisations sont données pour une période maximale de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données permettant de démontrer les effets cliniques bénéfiques du traitement.

Il est à noter que le traitement d'association éléxacaftor/tézacaftor/ivacaftor n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament correcteur ou potentialisateur de la protéine CFTR.

ELTROMBOPAG :

- ◆ pour le traitement de la thrombopénie immune, chez les personnes :
 - ayant reçu un traitement d'une durée appropriée à base de corticostéroïdes ou d'immunoglobulines intraveineuses, à moins de contre-indication;
et
 - ayant une numération plaquettaire :
 - inférieure ou égale à $30 \times 10^9/l$;
 - ou
 - entre $30 \times 10^9/l$ et $50 \times 10^9/l$, ainsi que des saignements ou un risque augmenté de saignements documenté.

L'autorisation initiale est donnée pour une durée maximale de 4 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit la preuve d'une augmentation cliniquement significative de la numération plaquettaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'augmentation cliniquement significative de la numération plaquettaire est maintenue. Autrement, le traitement doit être cessé.

ANNEXE IV

ÉMETTEUR DEXCOM G6 :

- ♦ pour l'autosurveillance de la glycémie des personnes diabétiques de 2 ans ou plus.

À l'instauration du traitement, la personne :

- de moins de 18 ans doit être atteinte de diabète de type 1;
- de 18 ans ou plus doit être traitée par insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline d'au moins 2 insulines différentes par jour) et doit satisfaire à un ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
 - inaptitude à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

La demande initiale est autorisée pour une période de 6 mois afin d'évaluer la capacité des patients à utiliser Dexcom G6^{MC} et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale de Dexcom G6^{MC}, soit au moins 70 % du temps.

Une réévaluation clinique annuelle par le prescripteur est recommandée afin de s'assurer que la personne utilise le capteur au moins 70 % du temps.

EMPAGLIFLOZINE :

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

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

- ♦ pour le traitement du diabète de type 2, en association avec un ou plusieurs agents antidiabétiques, chez les personnes ayant des antécédents de maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) et dont l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) est ≥ 7 %.

Lors de la demande initiale, le prescripteur devra préciser la nature de la maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS).

EMPAGLIFLOZINE/METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement de l'empagliflozine.

ENCORAFÉNIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

ENFUVIRTIDE :

- ♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une sensibilité à un seul antirétroviral ou à aucun et qui n'ont jamais eu d'échec virologique à l'enfuvirtide.

L'autorisation sera donnée si la charge virale est supérieure ou égale à 5 000 copies/ml. Dans le cas d'un traitement de 1^{re} intention, il faut également que le décompte des lymphocytes CD4 actuel et un autre fait il y a au moins un mois soient inférieurs ou égaux à 350/μl.

- ♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH qui ne sont pas visées par le 1^{er} paragraphe de l'énoncé précédent :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/ml, tout en étant traitées par une association de 3 antirétroviraux ou plus depuis au moins 3 mois ainsi que dans l'intervalle entre les 2 mesures;
et
 - qui ont reçu, au préalable, au moins un autre traitement par des antirétroviraux, qui s'est soldé par un échec virologique documenté, après au moins 3 mois de traitement;
et
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (sauf en présence d'une résistance à cette classe), un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase.

ENTRECTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ROS1*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

ANNEXE IV

ENZALUTAMIDE :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - asymptomatiques ou légèrement symptomatiques après l'échec d'un traitement anti-androgénique;
et
 - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie à base de docetaxel;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

★ ÉPLÉRÉNONE :

- ◆ pour les personnes présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %) après un infarctus aigu du myocarde, lorsque l'administration de l'éplérénone commence dans les jours suivant l'infarctus en complément de la thérapie standard.
- ◆ pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique de classe II de la New York Heart Association (NYHA) qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 35 %), en complément de la thérapie standard.

ANNEXE IV

ÉPLONTERSEN :

- ♦ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg d'éplontersen une fois par mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que l'éplontersen n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'ATTRh.

ÉPOÉTINE ALFA :

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

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

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit la preuve d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins $40 \times 10^9/l$ ou une augmentation du taux d'hémoglobine d'au moins 10 g/l. Un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/l devrait être visé.

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

Toutefois, pour les personnes souffrant de cancer autres que celles visées précédemment, l'époétine alfa demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 janvier 2008 en autant que le traitement soit déjà en cours le 1^{er} octobre 2007, que son coût ait déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe et que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins $40 \times 10^9/l$ ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/l.

ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE :

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

EPTINÉZUMAB :

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

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

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

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

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

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

ERDAFITINIB :

- ♦ En monothérapie, pour le traitement du carcinome urothélial localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un variant pathogène du gène *FGFR3* sensible au traitement;
et
 - dont la maladie a progressé pendant ou après au moins 1 intention de traitement; si un traitement a été administré en contexte néoadjuvant ou adjuvant, la progression de la maladie doit être survenue au cours des 12 mois suivant son arrêt;
et
 - dont le cancer a progressé pendant ou après l'administration d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

ESLICARBAZÉPINE (acétate d') :

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

ESTRADIOL-17B, Timbre cut. :

- ♦ chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ANNEXE IV

ESTRADIOL-17B / NORÉTHINDRONE (acétate de) :

- ◆ chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ÉTANERCEPT :

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'un maximum de 50 mg par semaine.

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison de 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'éta nercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'un maximum de 50 mg 2 fois par semaine.

ÉTRASIMOD (L-ARGININE D') :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

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

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

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

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

ÉTRAVIRINE :

- ♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :

- qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
ou
 - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;et
- qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
ou
 - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

Dans le cas où une thérapie incluant un autre inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

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

ÉVÉROLIMUS :

- ◆ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, après l'échec d'au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ciblant le récepteur du VEGF, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ◆ en association avec l'exémestane, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (anastrozole ou létrozole) dans le contexte adjuvant ou métastatique;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines non fonctionnelles, et bien différenciées du tube digestif ou du poumon, non résécables, à un stade avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé au cours des 6 mois précédents;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ◆ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien ou modérément différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

Il est à noter que l'évérolimus n'est pas autorisé en association avec le sunitinib, ni à la suite d'un échec avec le sunitinib si celui-ci a été administré pour le traitement de tumeurs neuroendocrines pancréatiques.

ÉVINACUMAB:

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage;
et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend :
 - chez les personnes de 5 à 11 ans, une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité;
ou
 - chez les personnes de 12 ans ou plus, une thérapie comprenant au moins 3 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité.

Le phénotype est défini par les 3 éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les 2 parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % de C-LDL par rapport aux valeurs précédant le début du traitement par l'évinacumab. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg/kg toutes les 4 semaines.

ÉVOLOCUMAB :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage;
et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité.

Le phénotype est défini par les 3 éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les 2 parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

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

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur au moment de commencer le traitement par l'évolocumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la diminution d'au moins 20 % de la concentration de C-LDL est maintenue. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour l'évolocumab sont données à raison d'une dose maximale de 420 mg toutes les 2 semaines.

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

♦ pour la prévention des événements cardiovasculaires, chez les patients :

- ayant subi un syndrome coronarien aigu au cours des 24 derniers mois; et
- ayant des taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) $\geq 1,8$ mmol/l; et
- dont le contrôle de la cholestérolémie n'est pas adéquat :
 - malgré 3 mois d'utilisation concomitante d'une statine à dose optimale et d'ézétimibe; ou
 - malgré 3 mois d'utilisation d'une statine à dose optimale ou d'ézétimibe en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'un ou l'autre de ces médicaments; ou
 - parce que ni une statine ni l'ézétimibe ne peuvent être utilisés en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse.

L'essai de 2 statines est exigé pour conclure à une intolérance aux statines.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 4 mois.

Lors des demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique défini par :

- une diminution d'au moins 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur précédant le début du traitement à l'évolocumab; ou
- l'atteinte de la cible des taux de C-LDL.

Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES :

- ♦ pour le traitement des symptômes de la rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.

La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen de graminées oraux est de 3 saisons polliniques consécutives, peu importe le produit utilisé.

Il est à noter que les extraits allergéniques de pollen de graminées ne sont pas autorisés en association avec l'immunothérapie sous-cutanée.

FARICIMAB :

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'oeil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
- absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le prescripteur;
- évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'administration recommandée est de 1 dose de 6 mg par mois les 4 premiers mois et tous les 2, 3 ou 4 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

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

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

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

L'administration recommandée est de 1 dose de 6 mg par mois les 6 premiers mois et tous les 2 mois par la suite ou de 1 dose de 6 mg par mois les 4 premiers mois et tous les 2, 3 ou 4 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

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

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

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FÉBUXOSTAT :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant des complications d'une hyperuricémie chronique, comme des dépôts d'urate mis en évidence par des tophus ou une arthrite goutteuse, en présence de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'allopurinol.

FÉDRATINIB :

- ◆ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :
 - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base;
et
 - une maladie à risque intermédiaire 2 ou élevé selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
et
 - un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie confirmée par imagerie ou par l'examen physique et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le fédératinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinase utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

FÉSOTÉRODINE (fumarate de) :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la Liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

★ FIDAXOMICINE :

- ◆ pour le traitement de l'infection à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) chez les personnes présentant :
 - au moins un des facteurs de risque de récurrence suivants :
 - Âge $\geq$ 65 ans;
 - Immunosuppression grave;ou
 - une première récurrence d'infection, soit la réapparition de symptômes nécessitant un traitement dans les 12 semaines suivant la guérison clinique de l'infection initiale;
ou
 - une allergie à la vancomycine;

Les autorisations sont données pour un maximum de 20 comprimés de 200 mg par épisode d'infection.

FINÉRÉNONE :

- ◆ en ajout au traitement standard pour les adultes atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 qui présentent de façon persistante un débit de filtration glomérulaire estimé d'au moins 25 mL/min/1,73 m² ainsi qu'un taux d'albuminurie d'au moins 3 mg/mmol (ou 30 mg/g).

Par traitement standard, on entend l'administration d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ainsi que d'un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2), sauf en cas de contre-indication médicale ou d'intolérance grave à l'un ou l'autre de ces agents pharmacologiques.

Il est à noter que la finérénone ne sera pas autorisée de façon concomitante avec un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes stéroïdiens (p. ex., spironolactone et éplérénone).

Les autorisations concernant la finérénone sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 20 mg.

ANNEXE IV

FINGOLIMOD (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes qui ont eu un diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente à évolution rapide, dont le score à l'échelle EDSS est inférieur à 7, et qui ont dû cesser le natalizumab pour des raisons médicales.

La durée maximale des autorisations est d'un an. Lors des demandes subséquentes, le score à l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

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

La durée maximale de chaque autorisation est d'un an. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

FLUCONAZOLE, Susp. Orale :

- ◆ pour le traitement de la candidose oesophagienne.
- ◆ pour le traitement de la candidose oropharyngée ou d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole.

FOLLITROPINE ALPHA :

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

FOLLITROPINE BÊTA :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ◆ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.
- ◆ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer, en association avec une gonadotrophine chorionique.

L'homme doit avoir été préalablement traité par une gonadotrophine chorionique, en monothérapie, pendant au moins 6 mois.

FOLLITROPINE DELTA :

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

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE :

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

Les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes pour les personnes assurées auprès de la RAMQ qui ont déjà obtenu un remboursement dans les 365 jours précédant le 1^{er} octobre 2003.

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

Toutefois, l'association de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 24 mars 2016.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté dans la dernière année au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - chez qui l'usage de 2 bronchodilatateurs à longue action depuis au moins 6 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par 1 agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
 - qui reçoivent déjà 1 agoniste β_2 à longue action, 1 antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

ANNEXE IV

FORMOTEROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ♦ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

FORMULE NUTRITIVE – CÉTOGÈNE :

- ♦ pour le traitement des enfants de moins de 18 ans atteints d'épilepsie réfractaire malgré l'essai sur une période adéquate d'au moins deux médicaments anticonvulsivants appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre de crises par semaine. Cette demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de plus de 50 % de la fréquence des crises depuis le début du traitement;
ou
- une diminution de la sévérité des crises.

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

FORMULE NUTRITIVE – CÉTOGÈNE (ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT OU DE SOYA) :

- ♦ pour l'alimentation entérale ou orale des enfants de moins de 18 ans :
 - atteints d'épilepsie réfractaire, malgré l'essai sur une période adéquate, d'au moins 2 médicaments anticonvulsivants appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison;
et
 - ayant une allergie ou une intolérance aux protéines de lait ou de soya.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre de crises par semaine. Cette demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de plus de 50 % de la fréquence des crises depuis le début du traitement;
ou
- une diminution de la sévérité des crises.

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

FORMULE NUTRITIVE – CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE) :

- ◆ pour l'alimentation entérale ou orale des enfants de moins de 18 ans :
 - atteints d'épilepsie réfractaire malgré l'essai sur une période adéquate d'au moins deux médicaments anticonvulsivants appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison;
et
 - ayant une fonction gastro-intestinale altérée ou une intolérance aux protéines intactes.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre de crises par semaine avant l'initiation d'une formule cétoène. Cette demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques d'une formule nutritive cétoène inscrite à la Liste, soit :

- une diminution de plus de 50 % de la fréquence des crises depuis le début du traitement;
ou
- une diminution de la sévérité des crises.

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

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ :

- ◆ pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives.

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE :

- ◆ pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne.

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS) :

- ◆ pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes de lait de vache.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera jusqu'à l'âge de 12 mois. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

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

★ FORMULE NUTRITIVE – HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS) :

- ◆ pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes de lait de vache.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera jusqu'à l'âge de 12 mois. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- ◆ pour les nourrissons et les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves. Les résultats d'une réexposition aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

FORMULE NUTRITIVE – INSUFFISANCE RÉNALE (ENFANT) :

- ◆ pour l'alimentation entérale ou orale des enfants atteints d'insuffisance rénale.

ANNEXE IV

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ / HUILE DE COCO :

- ◆ pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne.

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE :

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

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS) :

- ◆ pour les nourrissons ou les enfants ayant une allergie aux protéines intactes de lait de vache ou de soya ou à de multiples protéines alimentaires, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales, ou aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- ◆ pour les nourrissons ou les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales, ou aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- ◆ 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.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales, ou aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'autorisation.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS :

- ◆ pour l'alimentation entérale.
- ◆ pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.
- ◆ pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE – POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS (INTOLÉRANCE OU ALLERGIE) :

- ◆ Chez les personnes ayant une intolérance sérieuse ou une allergie aux protéines de lait ou de soya présentes dans les formules nutritives polymériques avec résidus inscrites sur la Liste des médicaments et répondant à au moins un des critères suivants :
 - pour l'alimentation entérale.
 - pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.
 - pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
 - pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS :

- ◆ pour l'alimentation entérale.
- ◆ pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.
- ◆ pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS – USAGE SPÉCIFIQUE :

- ◆ pour l'alimentation totale, qu'elle soit entérale ou orale, chez les enfants souffrant de la maladie de Crohn.

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS) :

- ◆ pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins.

Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance.

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE :

- ◆ pour augmenter la teneur protéique des autres formules nutritives.

FORMULE NUTRITIVE – SEMI-ÉLÉMENTAIRE :

- ◆ 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.

ANNEXE IV

FORMULE NUTRITIVE – SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE :

- ♦ pour l'alimentation entérale chez les personnes nécessitant des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de malabsorption et dont les besoins nutritionnels en protéines sont accrus de façon importante.

FOSLÉVODOPA/FOSCARBIDOPA :

- ♦ pour le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson à un stade avancé qui :
 - reçoivent un traitement optimisé par des combinaisons d'antiparkinsoniens comprenant au moins 5 prises par jour de lévodopa administrée par voie orale;
et
 - présentent des fluctuations motrices occasionnant une atteinte fonctionnelle significative et une réduction importante de la qualité de vie, notamment :
 - des périodes « off » pendant au moins 2 h de leur temps d'éveil;
ou
 - des périodes « on » avec dyskinésies incommodes d'au moins 1 h par jour
 - et
 - ne présentent pas de troubles cognitifs susceptibles d'affecter leur capacité à utiliser le dispositif d'administration, à moins de bénéficier de l'aide permettant d'y pallier.

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

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'amélioration des fluctuations motrices (notamment, l'augmentation des périodes « on » sans dyskinésies, la diminution des périodes « off » ou la diminution des akinésies matinales) et documenter les bénéfices fonctionnels procurés par le traitement.

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

FRÉMANEZUMAB :

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

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

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

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

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

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

FRUQUINTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance sur l'ECOG de 0 ou 1 ainsi que l'échec des thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
 - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine;
et
 - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine;
et
 - un traitement incluant le bevacizumab;
et
 - en présence d'un gène *RAS* non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab;
et
 - un traitement incluant l'association trifluridine/tipiracil.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

FULVESTRANT :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le palbociclib.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer de sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le ribociclib.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le capivasertib.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'abémaciclib.
- ◆ en association avec l'inavolisib et le palbociclib, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'inavolisib.

GALANTAMINE (bromhydrate de) :

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

GALCANÉZUMAB :

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

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

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

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

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

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

★ GENTAMICINE (sulfate de) :

- ♦ pour le traitement de l'endocardite bactérienne.

GILTÉRITINIB :

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'une leucémie myéloïde aigüe récidivante ou réfractaire avec une mutation du gène de la tyrosine kinase-3 de type FMS (FLT3) chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 120 mg par jour.

GIVOSIRAN :

- ◆ pour le traitement prophylactique de la porphyrie hépatique aiguë (PHA) chez les personnes :
 - ayant un diagnostic de porphyrie aiguë intermittente (PAI), porphyrie par déficit en acide delta-aminolévulinique déshydratase (PDA), coproporphyrémie héréditaire (CPH) ou porphyrie variegata (PV), avec mutation pathogénique confirmée ou en présence de paramètres biochimiques et cliniques cohérents;
et
 - présentant des taux urinaires de porphobilinogène (PBG) et d'acide delta aminolévulinique (delta-ALA) au moins quatre fois plus élevés que les limites supérieures à la normale (LSN) ou présentant un taux urinaire de delta-ALA au moins quatre fois plus élevé que la LSN si ces personnes sont atteintes de PDA;
et
 - ayant eu au moins 4 crises de porphyrie dans les 12 derniers mois qui ont mené à une hospitalisation, une consultation médicale d'urgence ou l'administration d'hémine par voie intraveineuse malgré l'évitement des facteurs précipitants.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réduction du nombre ou de la sévérité des crises, telle qu'une réduction des hospitalisations, de l'utilisation de l'hémine par voie intraveineuse ou des manifestations cliniques.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison d'une dose maximale de 2,5 mg/kg une fois par mois.

GLATIRAMÈRE (acétate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière;
et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

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

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

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

ANNEXE IV

GLATIRAMÈRE (acétate de) (GLATECT) :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

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

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

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

GLÉCAPRÉVIR / PIBRENTASVIR :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC et qui ne présentent pas de cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, 2, 4, 5 ou 6, qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un traitement à base d'interféron alfa pégylé ou à base de sofosbuvir, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A, ni un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes sans cirrhose et pour une période maximale de 12 semaines chez les personnes qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4 ou équivalent).

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 3, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à une association ribavirine/interféron alfa pégylé ou à une association sofosbuvir/ribavirine, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A, ni par un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 16 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un inhibiteur de la protéase NS3/4A, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un inhibiteur de la protéine NS5A, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 16 semaines.

GLIMÉPIRIDE :

- ♦ lorsqu'une autre sulfonurée est non tolérée ou inefficace.

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

GLYCÉRINE, Supp. :

- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

GLYCOPYRROLATE :

- ♦ pour la réduction de la sialorrhée chronique grave chez les enfants et adolescents avec des troubles neurologiques associés à une sialorrhée problématique.

GOLIMUMAB, Sol. Inj. S.C. (stylo) et Sol. Inj. S.C. (ser) :

- ♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

ANNEXE IV

GOLIMUMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg/kg aux semaines 0 et 4, puis à 2 mg/kg toutes les 8 semaines.

GONADOTROPHINES :

- ♦ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ♦ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.
- ♦ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer, en association avec une gonadotrophine chorionique.

L'homme doit avoir été préalablement traité par une gonadotrophine chorionique, en monothérapie, pendant au moins 6 mois.

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE :

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

En l'absence d'une spermatogénèse après un traitement d'au moins 6 mois, la poursuite du traitement en association avec une gonadotrophine est autorisée.

★ GRANISÉTRON (chlorhydrate de) :

- ◆ lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ lors d'un traitement de radiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ chez l'enfant lors de chimiothérapie ou de radiothérapie émétisante.
- ◆ lors d'un traitement :
 - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
 - ou
 - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

GUANFACINE (chlorhydrate de) :

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

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

GUANFACINE (chlorhydrate de) (Angita, Pro Doc, Sandoz et Takeda) :

- ◆ en association avec un psychostimulant, pour le traitement des enfants et des adolescents ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la condition avec le méthylphénidate et une amphétamine utilisés en monothérapie.

Avant de conclure à l'efficacité sous-optimale de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales.

ANNEXE IV

GUSELKUMAB (MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE) :

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

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

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

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

Les autorisations pour la forme sous-cutanée de guselkumab sont données à raison d'une dose maximale de 400 mg aux semaines 0, 4 et 8 puis à une dose maximale de 200 mg toutes les 4 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

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

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

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

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

GUSELKUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le guselkumab sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 8 semaines.

HALOBÉTASOL (PROPIONATE D') / TAZAROTÈNE :

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

HUILE MINÉRALE :

- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE :

- ♦ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE / DEXTRAN 70 :

- ♦ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

IBRUTINIB :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

ANNEXE IV

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :

- qui ont reçu au moins 1 traitement à base de rituximab;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

Il est à noter que l'ibrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement du lymphome à cellules du manteau. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères de l'International Workshop for Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM).

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

- ◆ en monothérapie pour 3 cycles, puis en association avec le vénétoclax, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La première autorisation est donnée pour une durée maximale de 6 cycles de 28 jours et l'autorisation subséquente est donnée pour une durée de 9 cycles, pour un total de 15 cycles.

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

- ◆ en association avec le vénétoclax pour un maximum de 24 mois, puis en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :
 - qui ont reçu au moins 1 traitement à base de rituximab;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la maladie ne progresse pas. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'association vénétoclax/ibrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement du lymphome à cellules du manteau. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

ICATIBANT (acétate d') :

- ◆ pour le traitement des crises aiguës d'angio-oedème héréditaire (AOH) causées par un déficit en inhibiteur de la C1 estérase chez les adultes :
 - dont le diagnostic d'AOH de type I ou II a été confirmé par un dosage antigénique ou un dosage fonctionnel de l'inhibiteur de la C1 estérase inférieur aux valeurs normales;
 - et
 - ayant subi au moins une crise aiguë d'AOH confirmée médicalement.

Les autorisations seront données pour un maximum de 12 seringues d'icatibant par période de 12 mois.

ICOSAPENT ÉTHYLE :

- ◆ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en concomitance avec une statine, chez les patients :
 - ayant un taux de triglycérides sériques à 2,26 mmol/l ou plus;
 - et
 - dont l'utilisation d'une statine à dose optimale, en association ou non avec l'ézétimibe, pendant au moins 3 mois, a permis un contrôle adéquat des taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL).

IDÉLALISIB :

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de deuxième intention ou plus de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 8 cycles combinant l'idélalisib et le rituximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

ANNEXE IV

IMATINIB (mésylate d') :

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase blastique ou accélérée.
- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la leucémie lymphoblastique aiguë avec chromosome de Philadelphie positif, réfractaire ou récidivante chez qui une transplantation de cellules souches est prévisible.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

- ◆ pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif, après une chimiothérapie parentérale, soit durant la phase de maintien.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

IMATINIB (mésylate d') – tumeur stromale gastro-intestinale :

- ◆ pour le traitement adjuvant d'une tumeur stromale gastro-intestinale avec présence du récepteur Kit (CD117) qui, à la suite d'une résection complète, présente un risque élevé de récurrence.

La durée maximale de l'autorisation est de 36 mois.

- ◆ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique avec présence du récepteur c-kit (CD117).

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

IMIQUIMOD :

- ◆ pour le traitement des condylomes externes génitaux et périanaux ainsi que des condylomes acuminés.

La durée maximale de l'autorisation est de 36 semaines. Cette durée couvre 2 traitements de 16 semaines et la possibilité d'une pause entre les 2 traitements.

Au bout du 1^{er} traitement de 16 semaines, si la personne présente une diminution de l'étendue des lésions mais que ces dernières ne sont pas complètement disparues, le traitement peut être poursuivi pendant un 2^e traitement de 16 semaines.

INAVOLISIB :

- ◆ en association avec le palbociclib et le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résecable ou métastatique, présentant un variant pathogène PIK3CA, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes :
 - ayant présenté une récurrence de la maladie pendant une hormonothérapie adjuvante ou dans les 12 mois suivant la fin de ce traitement;
et
dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

INCLISIRAN :

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

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

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

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

Le phénotypage est défini par une concentration de C-LDL de base > 4,5 mmol/l chez les adultes de 18 à 39 ans, > 5,0 mmol/l chez les adultes de 40 ans ou plus, ou sur le C-LDL imputé si la valeur de base est inconnue, et au moins 1 des éléments suivants :

- Le diagnostic d'HFHe définitif est positif en présence d'au moins 1 des critères majeurs suivants :
 - la présence d'une mutation des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 causant l'hypercholestérolémie familiale chez un parent du 1^{er} degré;
 - la présence de xanthomes tendineux;
 - une concentration de C-LDL de base $\geq 8,5$ mmol/l.
- Le diagnostic d'HFHe probable est positif en présence d'au moins 1 des critères mineurs suivants :
 - la présence d'une histoire familiale d'une concentration de C-LDL de base $\geq 4,0$ mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé < 18 ans, $\geq 4,5$ mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 18 à 39 ans ou $\geq 5,0$ mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 40 ans ou plus;
 - la présence de maladie coronarienne athéroscléreuse chez le patient ou un parent du 1^{er} degré âgé < 55 ans pour un homme et < 65 ans pour une femme.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

ANNEXE IV

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution ≥ 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur de base. La valeur de base est définie par le taux de C-LDL en période de traitement par une statine et l'ézétimibe, le cas échéant; ou
- une concentration de C-LDL $< 2,5$ mmol/l en prévention primaire ou < 2 mmol/l en prévention secondaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, définis précédemment, sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

INCOBOTULINUMTOXINA :

- ◆ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme et d'autres conditions graves de spasticité.

Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

INDACATÉROL (acétate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes :
 - dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'une association d'un agoniste β_2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation pris à une dose moyenne ou élevée; et
 - ayant présenté au moins une exacerbation dans la dernière année; ou
 - qui reçoivent déjà un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis plus d'un an.

INDACATÉROL (acétate d') / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

INDACATÉROL (maléate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

Toutefois, l'association indacatérol (maléate d')/glycopyrronium (bromure de) demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 24 mars 2016.

INÉBILIZUMAB :

- ♦ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les adultes porteurs d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins un épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois ou deux épisodes dans les 24 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisode dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser de prendre ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de 300 mg aux semaines 0 et 2, puis tous les 6 mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs prétraitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Il est à noter que l'inébilizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé pour le traitement du TSNMO.

INFLIXIMAB (REMICADE) :

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

ANNEXE IV

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'une dose maximale de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

INFLIXIMAB, Pd. Perf. I.V. :

- ◆ pour le traitement de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les 3 premières doses d'infliximab sont autorisées à raison d'un maximum de 5 mg/kg.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'une dose maximale de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6, puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 6 à 8 semaines.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 8 semaines.

♦ pour le traitement des personnes atteintes de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

INFLIXIMAB, Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

Les autorisations concernant l'infliximab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses d'infliximab pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement de l'infliximab sous forme intraveineuse pour la polyarthrite rhumatoïde.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 120 mg toutes les 2 semaines.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

Les autorisations sont données pour les patients qui ont reçu au préalable 3 doses d'infliximab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement d'infliximab sous forme intraveineuse pour la colite ulcéreuse.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les autorisations sont données pour les patients qui ont reçu au préalable 3 doses d'infliximab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement d'infliximab sous forme intraveineuse pour la maladie de Crohn.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

INSULINE ASPARTE / INSULINE ASPARTE PROTAMINE :

- ◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INSULINE LISPRO / INSULINE LISPRO PROTAMINE :

- ◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. I.M. :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Les autorisations sont données à raison de 30MCg 1 fois par semaine.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. I.M.) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. I.M.) demeure couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire présentant des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 30MCg 1 fois par semaine.

ANNEXE IV

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. (ser) :

- ◆ Les personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée sont admissibles à la continuation du paiement de l'interféron bêta-1a (Rebif^{MC}), et ce, jusqu'à la conversion de leur état en une sclérose en plaques, en autant que son coût ait déjà été assumé, en vertu du régime général d'assurance médicaments, dans les 365 jours précédant le 3 juin 2013.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. [ser]) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 22MCg 3 fois par semaine.

INTERFÉRON BÊTA-1B :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Les autorisations sont données à raison de 8 MUI aux 2 jours.

Toutefois, l'interféron bêta-1b demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement, les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, l'interféron bêta-1b demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques, et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

★ ISAVUCONAZOLE :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive.
- ◆ pour le traitement de la mucormycose invasive.

IVABRADINE (chlorhydrate d') :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection $\leq 35\%$;
et
 - qui sont en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est de 77 battements par minute ou plus ;
et
 - qui ont été hospitalisées, ont eu une consultation à l'urgence ou dans une clinique d'insuffisance cardiaque, en raison d'une aggravation de leur insuffisance cardiaque, dans les 12 derniers mois ;
et
 - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant et un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

ANNEXE IV

IVACAFTOR :

- ◆ pour le traitement de la fibrose kystique chez les personnes :
 - porteuses de la mutation G551D du gène codant pour la protéine CFTR;
et
 - dont la fonction pulmonaire est altérée au point de nuire gravement aux activités de la vie quotidienne et dont la meilleure valeur du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) se détériore par rapport à celle des deux années précédentes.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve des effets cliniques bénéfiques définis par :

- une amélioration ou une stabilisation du VEMS;
et
- des répercussions positives sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou une diminution des exacerbations (surinfections).

Les autorisations sont données pour une dose biquotidienne d'ivacaftor de 150 mg.

IVOSIDENIB:

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de la leucémie myéloïde aiguë exprimant la mutation R132 du gène *IDH1*, chez les personnes qui ont reçu un traitement associant l'ivosidenib et l'azacitidine en milieu hospitalier et dont l'azacitidine a dû être cessée en raison d'une intolérance sérieuse.

La durée de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

IXÉKIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ixékizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8, 10, 12 puis 80 mg toutes les 4 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ixékizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, suivies de 80 mg toutes les 4 semaines.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ixékizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, suivies de 80 mg toutes les 4 semaines.

KÉTOROLAC (trométhamine de) :

- ◆ pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués.

LACOSAMIDE :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

LACTULOSE :

- ◆ pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique.
- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

LANTHANE HYDRATÉ (carbonate de) :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le lanthane hydraté ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le sévélamer ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

LAPATINIB :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement de première intention des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique positif pour les récepteurs hormonaux et surexprimant le récepteur HER2 :
 - qui ne peuvent recevoir le trastuzumab en raison d'une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 55 % ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

- ◆ pour le traitement du cancer du sein métastatique dont la tumeur surexprime le récepteur HER2, en association avec la capécitabine, chez les personnes présentant un cancer du sein ayant progressé après l'administration d'une taxane et d'une anthracycline, à moins d'une contre-indication à l'un de ces agents.

De plus, la maladie doit être en progression malgré un traitement par le trastuzumab administré au stade métastatique, à moins d'une contre-indication. Le statut de performance selon l'ECOG doit être de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

Toutefois, le lapatinib demeure couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 3 juin 2013, en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

LAROTRECTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du fibrosarcome infantile ou du sarcome des tissus mous, métastatique ou dont la résection chirurgicale serait susceptible d'entraîner une morbidité grave, chez les personnes :
 - dont la tumeur est porteuse d'une fusion d'un gène *NTRK*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

ANNEXE IV

LAZERTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique, chez les personnes ayant reçu un traitement associant l'amivantamab et le lazertinib en milieu hospitalier et dont l'amivantamab a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

LÉBRIKIZUMAB :

- ♦ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le lébrikizumab sont données à raison de 500 mg aux semaines 0 et 2, puis de 250 mg toutes les 2 semaines jusqu'à la semaine 16, puis de 250 mg 1 fois toutes les 4 semaines.

LÉDIPASVIR / SOFOSBUVIR :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose décompensée qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes sans cirrhose compensée et dont la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 6 millions UI/mL avant le traitement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines chez les autres personnes.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :

- qui présentent une cirrhose compensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
- qui présentent une cirrhose décompensée;
ou
- qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :

- qui présentent une cirrhose compensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
- qui présentent une cirrhose décompensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine;
ou
- qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe et qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

ANNEXE IV

LENVATINIB, 10 mg, 14 mg, 20 mg et 24 mg :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé dans les 12 mois précédant l'amorce du traitement par le lenvatinib;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

LENVATINIB, 4 mg, 8 mg, 12 mg :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable, chez les personnes :
 - dont la maladie correspond au stade BCLC B ou C (*Barcelona Clinic Liver Cancer*);
et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le lenvatinib n'est pas autorisé à la suite d'un échec du sorafenib, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome hépatocellulaire.

LENVATINIB, 8 mg, 10 mg, 14 mg, 20 mg :

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement d'un adénocarcinome rénal au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes ayant reçu un traitement associant le pembrolizumab et le lenvatinib en milieu hospitalier durant 24 mois ou dont le pembrolizumab a dû être cessé.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de deuxième intention ou plus d'un cancer de l'endomètre au stade avancé qui ne présente pas d'instabilité microsatellitaire élevée ou de déficience du système de réparation des mésappariements, chez les personnes ayant reçu pendant 24 mois un traitement associant le pembrolizumab et le lenvatinib ou dont le pembrolizumab a dû être cessé.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

LÉTERMOVIR :

- ◆ pour la prophylaxie d'une infection à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes séropositives pour le CMV et ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement doit être débuté dans les 28 jours suivant la greffe et être cessé au plus tard 100 jours après celle-ci.

LÉVOFLOXACINE , Sol. pour Inh. :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa* :
 - lorsque leur état se détériore malgré un traitement avec une formulation de tobramycine pour inhalation; ou
 - lorsqu'elles sont intolérantes à une solution de tobramycine pour inhalation; ou
 - lorsqu'elles sont allergiques à la tobramycine.

LINAGLIPTINE :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou mal tolérées; ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

LINAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

★ LINÉZOLIDE, Co. :

- ◆ pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.
- ◆ pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine.
- ◆ pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier.

ANNEXE IV

★ LINÉZOLIDE, Sol. Perf. I.V. :

- ◆ 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.
- ◆ pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine lorsque le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé.

LIRAGLUTIDE :

- ◆ en association avec la metformine, pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont le contrôle glycémique est inadéquat et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m² lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) d'au moins 0,5 % ou par l'atteinte d'une valeur cible de 7 % ou moins.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 1,8 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'HbA_{1c} adaptée au patient.

LISDEXAMFÉTAMINE (dimésylate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

LOMITAPIDE (mésylate de) :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage;
 - et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité ;
 - et
 - en association avec un traitement d'aphérèse des C-LDL à moins que l'accès à un centre d'aphérèse soit particulièrement difficile.

Le phénotype est défini par les trois éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les deux parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du C-LDL par rapport aux valeurs précédant le début du traitement par le lomitapide. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations pour le lomitapide sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 60 mg.

LORLATINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;
et
 - qui n'ont jamais eu l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK*;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le lorlatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK* pour le traitement du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

LUMASIRAN SODIQUE :

- ◆ pour le traitement de l'hyperoxalurie primitive de type 1 (HP1).

Lors de l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu un diagnostic d'HP1 confirmé par un test génétique
et
- doit présenter, malgré l'optimisation des traitements standards :
 - un taux d'excrétion urinaire d'oxalate d'au moins 0,7 mmol/1,73 m²/24 h ;
ou
 - un rapport oxalate/créatinine urinaire supérieur à la limite supérieure de la valeur normale (LSN) en fonction de l'âge dans au moins 2 mictions ;
ou
 - un taux d'oxalate plasmatique d'au moins 20 µmol/l.
- et
- ne doit pas avoir eu de greffe de foie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors des demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve des effets bénéfiques par un des éléments suivants :

- un taux d'excrétion urinaire d'oxalate inférieur ou égal à 1,5 x LSN (taux d'excrétion urinaire d'oxalate sur 24 heures corrigé en fonction de la surface corporelle ou rapport oxalate/ créatinine urinaire) ;
- une réduction du taux d'oxalate plasmatique, par rapport à la valeur de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Dans la demande d'autorisation initiale ainsi que dans celles de poursuite de traitement, le prescripteur devra documenter les taux urinaire ou plasmatique d'oxalate, le débit de filtration glomérulaire estimé ainsi que la présence de symptômes (calculs rénaux, manifestations d'oxalose systémique).

Le traitement doit être arrêté si le patient a reçu une greffe de foie ou présente une perte de réponse, définie comme une augmentation persistante des taux d'oxalate urinaire ou plasmatique à la suite d'une réponse satisfaisante.

ANNEXE IV

LUSPATERCEPT :

- ♦ pour le traitement des adultes présentant une anémie associée à une bêta(β)-thalassémie.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic confirmé de bêta thalassémie (y compris un diagnostic d'hémoglobine E/ β -thalassémie ou de β -thalassémie combinée à l' α [α]-thalassémie);
et
- doit nécessiter des transfusions régulières de globules rouges définies par ≥ 6 culots de globules rouges transfusés et sans période d'indépendance aux transfusions de > 35 jours pendant les 24 semaines précédant le début du traitement;
et
- ne doit pas être atteinte d'hémoglobine S/ β -thalassémie ou d' α -thalassémie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 1,25 mg/kg de luspatercept toutes les 3 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction de ≥ 4 culots de globules rouges transfusés pendant une période de 24 semaines par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement avec le luspatercept.

- ♦ pour le traitement des adultes présentant une anémie associée à un syndrome myélodysplasique.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic confirmé de syndrome myélodysplasique de risque très faible à intermédiaire avec sidéroblastes en couronne selon l'IPSS-R (*Revised International Prognostic Scoring System*);
et
- doit nécessiter des transfusions régulières de globules rouges, définies par ≥ 2 culots de globules rouges transfusés et sans période d'indépendance aux transfusions de plus de 56 jours pendant les 16 semaines précédant le début du traitement;
et
- doit présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2 inclusivement;
et
- ne doit pas remplir les critères diagnostics d'un SMD avec délétion 5q isolée;
et
- doit présenter une contre-indication, intolérance ou inefficacité à un traitement à base d'agents stimulant l'érythropoïèse ou lorsque ce traitement n'est pas indiqué.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 1,75 mg/kg de luspatercept toutes les 3 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors de la première demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction d'au moins 50 % du nombre de culots de globules rouges transfusés sur une période d'au moins 16 semaines par rapport aux valeurs de base antérieures au traitement par le luspatercept.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique.

MACITENTAN :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

MAGNÉSIUM (hydroxyde de) :

- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

MAGNÉSIUM (hydroxyde de) / ALUMINIUM (hydroxyde de) :

- ♦ comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave.

MARAVIROC :

- ♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et :
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;
 - et
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

Dans le cas où une thérapie incluant un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

- ♦ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une résistance à au moins un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, et :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
 - et
 - dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/μL;
 - et
 - pour qui l'utilisation du maraviroc est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

★-MARIBAVIR :

- ♦ pour le traitement des personnes greffées atteintes d'une infection ou maladie à cytomégalovirus réfractaire avec ou sans résistance à au moins un traitement antiviral administré antérieurement.

ANNEXE IV

MAVACAMTEN :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMHo) symptomatique de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) :
 - qui présentent un pic du gradient de la chambre de chasse du ventricule gauche (CCVG) ≥ 50 mm Hg au repos, après une manœuvre de Valsalva ou à l'effort;
et
 - qui reçoivent un traitement optimisé comprenant un bêta-bloquant ou un bloquant des canaux calciques, à moins de contre-indication ou d'intolérance;
et
 - qui n'ont pas reçu dans les 12 derniers mois une thérapie de réduction septale (myectomie ou ablation par l'alcool).

La première autorisation est d'une durée maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par :

- une amélioration des symptômes de la CMHo ou de la classe fonctionnelle de la NYHA par rapport à l'évaluation précédant le début du traitement;
et
- une diminution du pic du gradient de la CCVG après une manœuvre de Valsalva ou à l'effort, par rapport à la valeur de base.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison d'une capsule par jour et d'une dose maximale quotidienne de 15 mg.

MÉMANTINE (chlorhydrate de) :

- ◆ en monothérapie chez les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer de stade modéré ou grave vivant à domicile c'est-à-dire qui ne vivent pas dans un centre d'hébergement de soins de longue durée public ou privé conventionné.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE de 3 à 14;
- une confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la mémantine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où la mémantine fait suite à un traitement avec un inhibiteur de la cholinestérase, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par la stabilisation ou l'amélioration des symptômes dans au moins trois des domaines suivants :

- fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
- humeur;
- comportement;
- autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
- interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois.

MÉPOLIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les adultes.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur confirme une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalant à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle donnée avant le début du traitement par le mépolizumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, tel que défini précédemment, sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg tous les mois.

- ◆ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les personnes âgées de 6 ans ou plus présentant ou ayant présenté :
 - une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 150 cellules/microlitre ($0,15 \times 10^9/l$) au moment d'amorcer le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme, ou d'au moins 300 cellules/microlitre ($0,3 \times 10^9/l$) au cours des 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme;
 - et
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne d'un corticostéroïde inhalé à dose élevée, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
 - et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue dans la dernière année ou dans les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave.

ANNEXE IV

Pour la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations dans la dernière année, comme défini précédemment, et le résultat à l'un des questionnaires suivants :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
ou
- Asthma Control Test (ACT);
ou
- Childhood-Asthma Control Test (C-ACT);
ou
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
ou
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une augmentation de 2 points ou plus au C-ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer du maintien des effets bénéfiques du traitement par le mepolizumab par rapport aux valeurs de base. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg tous les mois.

◆ Pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave chez les adultes :

- dont les polypes nasaux bilatéraux sont confirmés par endoscopie ou par tomodensitométrie;
et
- ayant eu besoin d'au moins 1 chirurgie endoscopique des sinus (CES) au cours des 5 années précédentes, à moins que la chirurgie ait été contre-indiquée;
et
- dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé par la prise de corticostéroïdes par voie nasale aux doses maximales tolérées pour une durée minimale de 12 semaines.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le résultat du questionnaire SNOT-22 (*Sino-Nasal Outcome test-22*) et le score de polyposse nasale (SPN) déterminé par endoscopie, tous 2 établis au départ ou avant l'instauration d'un autre médicament biologique indiqué pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave.

La demande initiale est autorisée pour une durée maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction du SNOT-22 ou du SPN par rapport aux valeurs de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

MÉTHYLPHÉNIDATE (chlorhydrate de), Caps. L.A. ou Co. L.A. (12 h) :

- ♦ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

MÉTRONIDAZOLE, Gel Vag. :

- ♦ pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième et troisième trimestres de la grossesse.
- ♦ pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par la voie orale.

★ MICAFUNGINE SODIQUE :

- ♦ pour la prévention des infections fongiques chez les personnes qui subiront une transplantation de cellules souches hématopoïétiques.
- ♦ pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.

MIGALASTAT :

- ♦ pour le traitement des adultes ayant un diagnostic de maladie de Fabry confirmé génétiquement et qui sont porteurs d'une mutation du gène codant pour l'alpha-galactosidase A reconnue sensible au migalastat.

Lors de l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter des symptômes de la maladie, parmi lesquels au moins une atteinte rénale, cardiaque ou neurologique;
et
- ne pas recevoir en concomitance un traitement avec une thérapie de remplacement enzymatique.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques sur les manifestations qui ont justifié le début du traitement ou l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale de chaque autorisation est de 24 mois.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 123 mg tous les 2 jours.

MIRABEGRON :

- ♦ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la Liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

ANNEXE IV

MIRIKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

MIRIKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour la forme sous-cutanée de mirikizumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

MODAFINIL :

- ◆ pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique.
- ◆ pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale.

MOMÉLOTINIB (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :
 - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche, accompagnée d'une imagerie de base;
et
 - une maladie de risque intermédiaire ou élevé selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
et
 - une anémie modérée à grave définie par un taux d'hémoglobine ≤ 100 g/l;
et
 - un statut de performance sur l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie, confirmée par imagerie ou par l'examen physique, et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le momélotinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinases utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose, à moins que l'échec ne soit causé par la présence d'anémie.

MULTIVITAMINES :

- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

NAPROXÈNE / ESOMÉPRAZOLE :

- ◆ pour le traitement des conditions médicales qui requièrent l'usage chronique d'un anti-inflammatoire non stéroïdien chez les personnes qui présentent au moins l'un des facteurs de risque de complication gastro-intestinale suivants :
 - personne âgée de 65 ans ou plus;
 - antécédent d'ulcère non compliqué des voies digestives hautes;
 - comorbidité, c'est-à-dire une condition médicale grave prédisposant à une exacerbation de la condition clinique de la personne à la suite de la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien;
 - médicaments concomitants prédisposant à une exacerbation du risque de complication gastro-intestinale;
 - usage de plus d'un anti-inflammatoire non stéroïdien.

ANNEXE IV

NATALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente avec un score sur l'échelle EDSS inférieur à 7 avant le traitement et présentant une évolution rapide de la maladie définie comme suit :
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération incomplète au cours de la dernière année;
ou
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération complète au cours de la dernière année et :
 - présence d'au moins une lésion rehaussée par le gadolinium à la résonance magnétique (IRM);
ou
 - augmentation de 2 lésions hyperintenses en T2 ou plus par rapport à une IRM antérieure.

La durée maximale des autorisations est d'un an. Pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par rapport à l'évaluation faite avant de le commencer, soit :

- une réduction de la fréquence annuelle des poussées invalidantes au cours de la dernière année;
et
- une stabilisation du score sur l'échelle EDSS ou une augmentation de moins de 2 points sans que le score excède 6,5.

On entend par poussée invalidante une poussée durant laquelle un examen neurologique confirme une névrite optique, un syndrome de la fosse postérieure (tronc cérébral et cervelet) ou des symptômes révélant une atteinte de la moelle épinière (myélite).

★ NÉTUPITANT / PALONOSÉTRON (chlorhydrate de) :

- ◆ En association avec la dexaméthasone, pour la prévention des nausées et vomissements durant la première journée d'un traitement de chimiothérapie hautement émétisante.

Les autorisations sont données à raison d'une dose par cycle de chimiothérapie.

NILOTINIB :

- ◆ pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique chez les adultes qui présentent l'échec ou une réponse sous-optimale à au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ou une intolérance sérieuse à celui-ci.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase accélérée chez les adultes :

- qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib;
ou
- qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

NINTEDANIB (ésilate de) :

- ◆ pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les personnes :

- ayant une capacité vitale forcée (CVF) de 50 % ou plus de la valeur prédite;
et
- une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
et
- un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration de l'état du patient. La détérioration est définie par une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les derniers 12 mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, diminue de 10 % ou plus en valeur absolue sur une période de 12 mois, le traitement doit être arrêté.

- ◆ pour le traitement des maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques à phénotype progressif, autres que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les adultes ayant :

- de la fibrose pulmonaire confirmée par tomодensitométrie à haute résolution ou par une biopsie;
et
- une capacité vitale forcée (CVF) de 45 % ou plus de la valeur prédite;
et
- une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
et
- un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

ANNEXE IV

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir la preuve de la progression de la maladie définie par au moins un des événements suivants survenus dans les 24 derniers mois, soit :

- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, d'au moins 10 % en valeur relative;
- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 5 % à moins de 10 % en valeur relative et une aggravation des symptômes pulmonaires;
- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 5 % à moins de 10 % en valeur relative et une augmentation de l'étendue de la fibrose confirmée par tomодensitométrie;
- une aggravation des symptômes pulmonaires et une augmentation de l'étendue de la fibrose pulmonaire confirmée par tomодensitométrie.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes de poursuite de traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration de l'état du patient. La détérioration est définie par une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les 12 derniers mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, diminue de 10 % ou plus en valeur absolue sur une période de 12 mois, le traitement doit être arrêté.

NIRAPARIB / ABIRATÉRONE (acétate d') :

- ♦ en association avec la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant un variant pathogène germlinal ou somatique d'un gène *BRCA*;
et
 - pour qui la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée;
et
 - n'ayant pas reçu d'enzalutamide ou d'abiratéronne en association avec la prednisone pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration pendant plus de 4 mois dans l'attente des résultats d'un test génétique *BRCA* (germlinal ou somatique);
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'association niraparib/abiratéronne n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes, d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération ou d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérases, si ceux-ci ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

L'association niraparib/abiratéronne demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant obtenu une autorisation et un remboursement dans les 6 mois précédant le 4 février 2026 selon les conditions qui prévalaient.

NIRAPARIB (tosylate de) :

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope, ou du cancer péritonéal primaire, chez les personnes :
 - qui ont reçu au moins 2 protocoles de chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont la maladie a progressé plus de 6 mois après la fin de l'avant-dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à leur dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter qu'un traitement d'entretien par le niraparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la PARP, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire.

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'entretien d'une forme avancée (stade FIGO III ou IV) du cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire chez les personnes :
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à une chimiothérapie de première intention à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

L'autorisation ne sera pas renouvelée pour les personnes présentant une réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125) à la suite de 36 mois de traitement par le niraparib.

NITRAZÉPAM :

- ◆ pour la prise en charge des troubles épileptiques.

Toutefois, les comprimés de nitrazépam demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 mai 2016 pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 90 jours précédant le 1^{er} juin 2015.

ANNEXE IV

OCRÉLIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive primaire présentant un résultat sur l'échelle EDSS de 3,0 à 6,5;

L'autorisation de la demande initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont d'une durée maximale d'un an. Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve que le résultat sur l'échelle EDSS demeure inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

ODÉVIXIBAT :

- ◆ pour le traitement du prurit chez les patients atteints d'une forme grave de cholestase intrahépatique familiale progressive (CIFP) de type 1 ou 2 dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou phénotypage, et qui :
 - présentent un prurit cholestatique important malgré la thérapie conventionnelle. Celui-ci est défini par un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION Observer-reported outcome (PRUCISION ObsRO), basé sur la compilation de 2 scores par jour sur une période d'au moins 2 semaines;
 - et
 - ne présentent pas de variant pathogène spécifique prédisant l'absence d'activité résiduelle de la protéine BSEP (pompe d'exportation des sels biliaires);
 - et
 - ne présentent pas de cirrhose décompensée;
 - et
 - n'ont pas reçu de dérivation hépatobiliaire ou de greffe hépatique.

La demande initiale est autorisée à une dose quotidienne de 40 mcg/kg pour une période maximale de 6 mois. Une autorisation pour une dose quotidienne de 120 mcg/kg (ne pouvant dépasser 7,2 mg) pourra être obtenue si le soulagement du prurit est insuffisant après un minimum de 3 mois de traitement à la dose quotidienne de 40 mcg/kg.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique objectivé par une réduction du score de prurit moyen hebdomadaire ≥ 1 point sur l'échelle PRUCISION ObsRO par rapport à la valeur précédent l'instauration du traitement et documenter l'amélioration de la qualité de vie, y compris le sommeil évalué sur une période d'au moins 2 semaines à l'aide, par exemple, de l'échelle PRUCISION ObsRO.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Le traitement doit être arrêté si le patient reçoit une dérivation biliaire ou une greffe hépatique.

- ◆ pour le traitement du prurit cholestatique chez les personnes atteintes du syndrome d'Alagille qui :
 - présentent une cholestase définie par un taux d'acides biliaires sériques supérieur à la limite supérieure de la normale selon l'âge du patient;
et
 - présentent un prurit cholestatique important malgré la thérapie conventionnelle. Celui-ci est défini par un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION Observer-reported outcome (PRUCISION ObsRO), basé sur la compilation de 2 scores par jour sur une période d'au moins 2 semaines;
et
 - ne présentent pas de cirrhose décompensée;
et
 - n'ont pas reçu de dérivation hépatobiliaire au cours des derniers 6 mois;
et
 - n'ont pas reçu de greffe hépatique.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par la réduction du score de prurit moyen hebdomadaire ≥ 1 point sur l'échelle PRUCISION ObsRO par rapport à la valeur précédant l'instauration du traitement, et documenter l'amélioration de la qualité de vie, y compris le sommeil, évalués sur une période d'au moins 2 semaines.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois. À la fin de chacune de ces périodes, le traitement avec l'odévisibat doit être interrompu. Une nouvelle demande pourra être autorisée pour une période maximale de 12 mois si le prescripteur fournit les données démontrant une rechute, définie par l'atteinte d'un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION ObsRO, évalué sur une période d'au moins 2 semaines.

Le traitement doit être arrêté si le patient reçoit une dérivation hépatobiliaire ou une greffe hépatique. Il pourra être réinstauré si le prurit persiste depuis > 6 mois après la dérivation hépatobiliaire.

Les autorisations sont accordées à raison d'une dose quotidienne maximale de 120 mcg/kg (ne pouvant dépasser 7,2 mg).

OFATUMUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

ANNEXE IV

OLAPARIB :

- ◆ pour le traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope, ou du cancer péritonéal primaire, chez les personnes porteuses d'un variant pathogène germinale ou somatique d'un gène BRCA1 ou BRCA2 :
 - qui ont reçu au moins 2 protocoles de chimiothérapies à base d'un sel de platine;
et
 - dont la maladie n'est pas considérée comme étant résistante aux inhibiteurs de la PARP et a progressé plus de 6 mois après la fin de l'avant-dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à leur dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter qu'un traitement d'entretien par l'olaparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la PARP, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire.

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'entretien d'une forme avancée (stade FIGO III ou IV) du cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire, porteur d'une mutation BRCA1 ou BRCA2, chez les personnes :
 - dont la maladie n'est pas considérée comme étant résistante aux inhibiteurs de la PARP;
et
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à une chimiothérapie de première intention à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

L'autorisation ne sera pas renouvelée pour les personnes présentant une réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125) à la suite de 24 mois de traitement par l'olaparib.

- ◆ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - porteuses d'un variant pathogène germinale ou somatique d'un gène *BRCA*;
et
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'olaparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérases s'il a été administré pour le traitement du cancer de la prostate.

- ◆ en monothérapie ou en association avec une hormonothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes porteuses d'une mutation germinale d'un gène *BRCA* :
 - dont le cancer a été complètement réséqué et n'est pas considéré comme étant résistant aux inhibiteurs de la PARP;
et
 - qui ont terminé les traitements de radiothérapie, si prescrits, et au moins 6 cycles de chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante à base d'anthracycline ou de taxane depuis au moins 3 semaines;
et
 - dont le risque de récurrence est élevé. Le risque élevé est défini par l'absence de réponse pathologique complète et un score CPS-EG ≥ 3 à la suite de la chimiothérapie néoadjuvante ou par l'atteinte pathologique de ≥ 4 ganglions avant l'amorce de la chimiothérapie adjuvante;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation in situ (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

L'olaparib doit être amorcé au cours des 12 semaines suivant la fin du dernier traitement parmi la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

ANNEXE IV

- ◆ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, négatif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes porteuses d'une mutation germinale d'un gène *BRCA* :
 - dont le cancer a été complètement réséqué et n'est pas considéré comme étant résistant aux inhibiteurs de la PARP;
et
 - qui ont terminé les traitements de radiothérapie, si prescrits, et au moins 6 cycles de chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante à base d'anthracycline ou de taxane depuis au moins 3 semaines;
et
 - dont le risque de récurrence est élevé. Le risque élevé est défini par l'absence de réponse pathologique complète à la suite de la chimiothérapie néoadjuvante ou par un stade pathologique $\geq$ pN1 ou $\geq$ pT2 avant l'amorce de la chimiothérapie adjuvante;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation in situ (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

L'olaparib doit être amorcé au cours des 12 semaines suivant la fin du dernier traitement parmi la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

- ◆ en association avec l'abiratéron et la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant un variant pathogène germinale ou somatique d'un gène *BRCA*;
et
 - pour qui la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée;
et
 - n'ayant pas reçu d'enzalutamide ou d'abiratéron en association avec la prednisone pour le traitement d'un cancer de la prostate métastatique résistant à la castration pendant plus de 4 mois dans l'attente des résultats d'un test génétique *BRCA* (germinale ou somatique);
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'association olaparib/abiratéron n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes, d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération ou d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérases, si ceux-ci ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

L'association olaparib/abiratéron demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant obtenu une autorisation et un remboursement dans les 6 mois précédant le 4 février 2026 selon les conditions qui prévalaient.

OLODATÉROL (chlorhydrate d') / TIOTROPIUM (bromure monohydraté de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

OMALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave, dont le score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) est égal ou supérieur à 16 malgré l'utilisation d'antihistaminiques à doses optimisées.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté. Lors d'une demande subséquente, le prescripteur doit fournir les données démontrant une rechute. Cette dernière est définie par l'atteinte d'un score UAS7 qui est égal ou supérieur à 16 à la suite d'une réponse complète.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale de 24 semaines à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 6 ans ou plus atteints d'asthme grave, présentant dans l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :
 - un résultat positif à un test cutané ou à une épreuve de réactivité in vitro à un pneumoallergène apériodique et un niveau d'IgE d'au moins 30 UI/ml avant le début du traitement par l'omalizumab; et
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne de 1 corticostéroïde inhalé à dose élevée, de 1 agoniste β_2 à longue action et l'essai de 1 antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou de 1 antimuscarinique à longue action en inhalation; et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations, comme défini précédemment, et le résultat à 1 des questionnaires suivants pour l'année de référence :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
- Asthma Control Test (ACT);
- Childhood-Asthma Control Test (C-ACT);
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une augmentation de 2 points ou plus au C-ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 375 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'asthme grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les personnes âgées de 12 ans ou plus qui ont obtenu un résultat positif à un test cutané ou à une épreuve de réactivité in vitro à un pneumoallergène apériodique et qui ont un niveau d'IgE d'au moins 30 UI/ml avant le début du traitement à l'omalizumab.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur confirme une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalant à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle donnée avant le début du traitement par l'omalizumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 375 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave, chez les adultes :
 - dont les polypes nasaux bilatéraux sont confirmés par endoscopie ou par tomodensitométrie;
et
 - ayant eu besoin d'au moins 1 chirurgie endoscopique des sinus (CES) au cours des 5 années précédentes, à moins que la chirurgie ait été contre-indiquée;
et
 - dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé par la prise de corticostéroïdes par voie nasale aux doses maximales tolérées pour une durée minimale de 12 semaines.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le résultat du questionnaire SNOT-22 (*Sino-Nasal Outcome Test-22*) et le score de polyposse nasale (SPN) déterminé par endoscopie, tous 2 établis au départ ou avant l'instauration d'un autre médicament biologique indiqué pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave.

La demande initiale est autorisée pour une durée maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction du SNOT-22 ou du SPN par rapport aux valeurs de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

OMALIZUMAB (Xolair - Pd. Inj. S.C.) :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave, dont le score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) est égal ou supérieur à 16 malgré l'utilisation d'antihistaminiques à doses optimisées.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté. Lors d'une demande subséquente, le prescripteur doit fournir les données démontrant une rechute. Cette dernière est définie par l'atteinte d'un score UAS7 qui est égal ou supérieur à 16 à la suite d'une réponse complète.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale de 24 semaines à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

ONABOTULINUMTOXINA :

- ◆ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme, du strabisme et d'autres conditions graves de spasticité.

Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

- ◆ pour le traitement des adultes qui souffrent d'hyperhidrose axillaire grave causant une atteinte importante sur les plans fonctionnel et psychosocial, lorsque l'usage, pendant un mois ou plus, d'une préparation de chlorure d'aluminium à au moins 20 %, utilisée selon les recommandations pour en maximiser l'effet et la tolérance, s'est avéré inefficace.

Dans la demande d'autorisation initiale, le prescripteur devra documenter les atteintes précitées. Une autorisation d'une durée de quatre mois sera alors accordée pour obtenir une dose de 100 unités de ce médicament.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra démontrer l'évidence d'un effet bénéfique au regard de la diminution de la sudation et de l'amélioration constatée sur les plans fonctionnel et psychosocial.

ANNEXE IV

★ ONDANSÉTRON :

- ◆ lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ lors d'un traitement de radiothérapie modérément ou hautement émétisante.
- ◆ chez l'enfant lors de chimiothérapie ou de radiothérapie émétisante.
- ◆ lors d'un traitement :
 - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
 - ou
 - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

OSIMERTINIB :

- ◆ pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé, non résécable ou métastatique, porteur de la mutation T790M de l'EGFR, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique présentant un variant pathogène de la tyrosine kinase de l'EGFR et dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'osimertinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) ciblant l'EGFR, s'il a été administré pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ◆ pour le traitement adjuvant d'un cancer du poumon non à petites cellules exprimant une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) de l'EGFR, de stade pathologique IB à IIIA selon la 7^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes :

- dont le cancer a été complètement réséqué;
et
- dont la résection a été réalisée dans les 26 semaines précédentes pour les personnes ayant reçu une chimiothérapie adjuvante ou dans les 10 semaines précédentes pour celles n'en ayant pas reçu;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 36 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules dont la tumeur présente une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène codant pour le récepteur du facteur de croissance épidermique (*EGFR*), au stade localement avancé non résécable et se prêtant à un traitement curatif, chez les personnes :

- dont la maladie n'a pas progressé pendant ou après une chimioradiothérapie à base de sel de platine;
et
- dont le traitement de chimioradiothérapie antérieur s'est terminé au cours des 6 dernières semaines, à moins d'une justification pertinente;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'osimertinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec de celui-ci s'il a été administré pour le traitement adjuvant du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récurrence de la maladie pendant le traitement.

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de 1^{re} intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique présentant un variant pathogène de la tyrosine kinase de l'*EGFR*, chez les personnes ayant reçu un traitement associant l'osimertinib à la chimiothérapie en milieu hospitalier, et dont la chimiothérapie a dû être cessée.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ANNEXE IV

OXCARBAZÉPINE :

- ◆ pour le traitement de l'épilepsie.
- ◆ pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine.

OXYCODONE, Co. L.A. :

- ◆ lorsque deux autres opiacés sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.

Toutefois, l'oxycodone à longue action est couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament du 1^{er} mars 2012 au 15 juillet 2012.

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que la prise concomitante de ce médicament avec le sévélamer ou le lanthane hydraté n'est pas autorisée.

OZANIMOD (CHLORHYDRATE D') :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

PALBOCICLIB :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que la combinaison du palbociclib et d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien n'est pas autorisée en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression ou une récurrence de la maladie survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

Il est également à noter que le palbociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1 :
 - dont la maladie a progressé durant un traitement endocrinien adjuvant ou dans les 12 mois suivants son arrêt;
ou
 - dont la maladie métastatique a progressé durant un traitement endocrinien.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le palbociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ◆ en association avec l'inavolisib et le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour l'inavolisib.

Il est à noter que le palbociclib, en association avec l'inavolisib et le fulvestrant, n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

ANNEXE IV

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

ANNEXE IV

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ – HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ – HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE :

- ◆ pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses.

PARAFFINE / HUILE MINÉRALE :

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

ANNEXE IV

PATISIRAN :

- ◆ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 0,3 mg/kg de patisiran une fois toutes les 3 semaines, jusqu'à une dose maximale de 30 mg.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Dans les demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que le patisiran n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

PAZOPANIB (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

PEGCÉTACOPLAN :

- ◆ pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne, chez les personnes :
 - qui sont traitées par un inhibiteur du complément C5 depuis au moins 3 mois et qui n'obtiennent pas de réponse adéquate, comme démontré par une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine inférieure à 105 g/L;
ou
 - qui présentent une intolérance aux inhibiteurs du complément C5.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois. L'utilisation du pegcétacoplan en concomitance avec l'un des inhibiteurs de C5 n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement avec le pegcétacoplan.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré, par exemple, par une augmentation de la concentration sérique d'hémoglobine par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement. Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison de 1 dose maximale de 1 080 mg, administrée 2 fois par semaine. Si le taux de lactate déshydrogénase est supérieur à 2 fois la limite supérieure à la normale en cours de traitement, l'administration d'une dose de 1 080 mg tous les 3 jours est permise.

Il est à noter que le retraitement par le pegcétacoplan est autorisé chez les personnes ayant dû le cesser en raison d'une grossesse ou d'une autre circonstance menant à son arrêt.

PEGINTERFÉRON ALFA-2A :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est contre-indiquée :
 - soit en présence d'une anémie hémolytique héréditaire (thalassémie et autres);
 - soit en présence d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 mL/min).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est non tolérée :
 - soit chez les personnes qui ont développé une anémie grave sous ribavirine malgré une diminution de la posologie à 600 mg par jour (Hb < 80 g/L ou < 100 g/L si comorbidité de type maladie cardiaque athérosclérotique);
 - soit chez les personnes qui ont développé une intolérance grave à la ribavirine : apparition d'une allergie, d'un rash cutané incapacitant ou d'une dyspnée à l'effort invalidante.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'hépatite B chronique HBeAg-négatif. La demande est autorisée pour une durée maximale de 48 semaines.

ANNEXE IV

PEMIGATINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cholangiocarcinome localement avancé non résécable ou métastatique, traité antérieurement par une thérapie systémique et présentant une fusion ou un autre réarrangement du facteur de croissance des fibroblastes 2 (FGFR2), chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La posologie maximale autorisée est de 13,5 mg une fois par jour pendant 14 jours par cycle de 21 jours.

PENTOXIFYLLINE :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques soit :
 - lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);
 - lors d'insuffisance artérielle avec ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos.

PÉRAMPANEL :

- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).
- ◆ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes de crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques primaires réfractaires, c'est-à-dire suite à l'échec de deux médicaments anticrises appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL :

- ◆ en association avec un régime alimentaire restrictif en protéines, pour le traitement des patients atteints d'un trouble du cycle de l'urée, sauf en présence d'un déficit en *N*-acétylglutamate synthase, dont le taux plasmatique d'ammoniaque n'est pas adéquat malgré un traitement par le benzoate de sodium à dose optimale à moins d'une intolérance importante ou de contre-indication à ce médicament.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM :

- ◆ en association avec un régime alimentaire restrictif en protéines, pour le traitement des patients atteints d'un déficit en carbamyl-phosphate synthétase, en ornithine transcarbamylase ou en argininosuccinate synthétase dont le taux plasmatique d'ammoniaque n'est pas adéquat malgré un traitement par le benzoate de sodium à dose optimale à moins d'une intolérance importante ou de contre-indication à ce médicament.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM / PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM :

- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

PIMÉCROLIMUS :

- ◆ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique.

PIOGLITAZONE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la pioglitazone demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1^{er} octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline et l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

PIRFÉNIDONE :

- ◆ pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les personnes :
 - ayant une capacité vitale forcée (CVF) de 50 % ou plus de la valeur prédite;
 - et
 - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
 - et
 - un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration de l'état du patient. La détérioration est définie par une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les derniers 12 mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédite, diminue de 10 % ou plus en valeur absolue sur une période de 12 mois, le traitement doit être arrêté.

Il est à noter que la pirfénidone n'est pas autorisée en association avec le nintedanib.

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL :

- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL / SODIUM (sulfate) / SODIUM (bicarbonate) / SODIUM (chlorure) / POTASSIUM (chlorure) :

- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

POLYVINYLIQUE (alcool) :

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

ANNEXE IV

POMALIDOMIDE :

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de 3^e intention ou plus du myélome multiple chez les personnes :
 - dont la maladie est réfractaire à la dernière intention de traitement reçue;
et
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur du protéasome et la lénalidomide, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer son effet bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

L'autorisation est donnée pour une 1 maximale quotidienne de 4 mg.

Il est à noter que la pomalidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortézomib.

★ POSACONAZOLE :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques invasives.
- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

★ POSACONAZOLE (Mint et Taro) :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques invasives chez les personnes ayant développé une neutropénie à la suite d'une chimiothérapie pour traiter une leucémie myéloïde aiguë ou un syndrome myélodysplasique.
- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

★ PRASUGREL :

- ◆ lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique, chez les personnes pour lesquelles une angioplastie percutanée coronarienne a été effectuée.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

PROGESTÉRONE, Co. Vag. (Eff.) et Gel Vag. (App.) :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

PROPRANOLOL (chlorhydrate de), Sol. Orale :

- ◆ pour le traitement des hémangiomes infantiles prolifératifs nécessitant un traitement systémique, soit ceux entraînant un risque vital ou fonctionnel, ceux ulcérés douloureux ou ne répondant pas à des soins des plaies simples et ceux associés à un risque de cicatrices permanentes ou de défiguration.

PSYLLIUM (mucilage de) :

- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.
- ◆ pour le traitement de la diarrhée chronique.

QUIZARTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement d'entretien de la leucémie myéloïde aiguë présentant une duplication interne en tandem du gène de la tyrosine kinase 3 de type FMS (*FLT3-ITD*) nouvellement diagnostiquée, chez les personnes ayant reçu un traitement associant la chimiothérapie intensive avec le quizartinib en milieu hospitalier.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement d'entretien est de 36 cycles de 28 jours.

RANIBIZUMAB :

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
 - dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
 - absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le prescripteur;
 - évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, le faricimab ou la vertéporfine pour traiter le même œil.

Toutefois, le ranibizumab demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1^{er} février 2010 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'épaisseur du centre de la rétine de l'œil à traiter doit être supérieure ou égale à 250 µm.

L'autorisation est donnée à raison d'un maximum de 1 dose par mois et par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou le faricimab pour traiter le même œil.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même œil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- myopie minimale de -6 dioptries;
- acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
- présence de liquide intra-rétinien ou sous-rétinien ou d'une fuite active consécutive à une lésion de néovascularisation choroïdienne observée par une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par œil.

La durée maximale du traitement est de 12 mois. Pendant cette période, le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même œil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/120;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même œil.

RASAGILINE (mésylate de) :

- ◆ pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie.

RAVULIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne qui présentent une hémolyse, corroborée par une concentration sérique de lactate déshydrogénase élevée, et dont l'état de santé est caractérisé par au moins 1 des éléments suivants :
 - un événement thromboembolique traité par un anticoagulant;
 - l'administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des 12 derniers mois;
 - une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;
 - une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités de la vie quotidienne ou d'hypertension artérielle pulmonaire;
 - une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min;
 - des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés est requis.

Les personnes en cours de traitement par l'écilizumab ou le crovalimab et qui en ont obtenu le remboursement en vertu de son indication reconnue pour le paiement sont admissibles au remboursement du ravulizumab sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve d'un bon contrôle des symptômes de la maladie par l'écilizumab ou le crovalimab. Un bon contrôle est défini par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement par l'inhibiteur du complément.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois, aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel :

- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 40 kg et inférieur à 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 60 kg et inférieur à 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par une diminution de l'hémolyse, corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement par l'inhibiteur du complément.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois aux doses maximales décrites plus haut.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre inhibiteur du complément C5, ni avec l'iptacopan. L'utilisation du ravulizumab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement par le pegcétacoplan.

Il est à noter que le traitement ou le retraitement par le ravulizumab est autorisé chez les personnes ayant reçu une autorisation de paiement pour un inhibiteur du complément selon l'indication reconnue mais ayant dû le cesser en raison, par exemple, d'une difficulté d'administration, d'une absence d'effet clinique bénéfique, d'une grossesse ou d'autres circonstances.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa) en présence :
 - d'un diagnostic de la maladie confirmé par la démonstration d'une activité de l'ADAMTS-13 $\geq 10\%$ (prélèvement préalable à la thérapie plasmatique, le cas échéant);
et
 - d'une microangiopathie thrombotique corroborée par un décompte plaquettaire $< 150 \times 10^9/l$ et par la présence d'au moins un signe d'hémolyse (LDH $\geq 1,5$ fois la limite supérieure de la normale [LSN], concentration d'haptoglobine $< 0,05$ g/l ou présence de schizocytes au frottis), à moins d'une confirmation par biopsie;
et
 - d'une valeur de créatinine sérique $\geq$ LSN;
et
 - d'une atteinte d'un organe causée par la maladie.

En cas de résultat positif à un test de détection de l'infection à *Escherichia coli* produisant de la shigatoxine, effectué avant le début du traitement au ravulizumab, ou en présence d'autres causes pouvant expliquer la présence d'une microangiopathie thrombotique (MAT), le ravulizumab doit être cessé.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les personnes qui ont commencé un autre inhibiteur du complément C5 pour le traitement du SHUa avant l'inscription du ravulizumab sur la Liste des médicaments sont admissibles au remboursement de ce dernier sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique tel que décrit ci-dessous. Les autorisations sont d'une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'amélioration ou la normalisation d'au moins un des éléments suivants, par rapport aux valeurs antérieures au début du traitement par un inhibiteur du complément C5 : décompte plaquettaire, hémoglobine, LDH ou créatinine sérique. De plus, l'amélioration ou la stabilisation de l'atteinte organique initiale doit être démontrée ainsi que l'absence de besoin de suppléance rénale à long terme.

Les autorisations pour la poursuite du traitement sont d'une durée maximale de 12 mois.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel :

- pour les personnes de ≥ 5 kg et < 10 kg : 600 mg au jour 1, puis 300 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de ≥ 10 kg et < 20 kg : 600 mg au jour 1, puis 600 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de ≥ 20 kg et < 30 kg : 900 mg au jour 1, puis 2 100 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 30 kg et < 40 kg : 1 200 mg au jour 1, puis 2 700 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 40 kg et < 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 60 kg et < 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du complément C5 si celui-ci a été administré pour le traitement du SHUa.

Si le traitement a pris fin, il peut être repris en cas de situation comportant un haut risque de MAT (par exemple, une greffe rénale ou une hypertension maligne) ou s'il y a réapparition de signes d'hémolyse accompagnés d'une thrombopénie ou d'une atteinte d'organe secondaire à la maladie. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré tel que décrit ci-dessus. Les autorisations sont d'une durée maximale de 12 mois.

- ♦ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO) chez les adultes porteurs d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins 1 épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisodes dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser de prendre ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs prétraitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes, en fonction du poids corporel :

- Pour les personnes de poids corporel ≥ 40 kg et < 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- Pour les personnes de poids corporel ≥ 60 kg et < 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- Pour les personnes de poids corporel ≥ 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement du TSNMO.

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE) :

- ♦ pour la mesure de la glycémie chez la personne diabétique ayant une déficience visuelle, c'est-à-dire qu'elle est de façon permanente incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familial ou d'effectuer des activités liées à ses habitudes de vie ou à ses rôles sociaux.

Toutefois, le réactif quantitatif du glucose dans le sang Oracle demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées l'ayant utilisé au cours des 3 mois précédant le 3 février 2021.

ANNEXE IV

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG :

- ◆ pour la mesure du rapport international normalisé (RIN) chez les personnes qui requièrent une anticoagulation orale de longue durée avec un antagoniste de la vitamine K et qui effectuent ce suivi à l'aide d'un coagulomètre dont ils sont propriétaires, selon une des options suivantes :
 - autosurveillance : le patient effectue une mesure du RIN et transmet le résultat à un professionnel de la santé qui ajuste ou non la dose de l'antagoniste de la vitamine K;
 - autocontrôle : le patient effectue une mesure du RIN, interprète le résultat et, au besoin, ajuste lui-même la dose de l'antagoniste de la vitamine K selon un algorithme.

RÉGORAFENIB (monohydrate de) :

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'un traitement par l'imatinib et le sunitinib, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire réfractaire au sorafenib, chez les personnes :
 - ayant toléré un traitement antérieur par le sorafenib, défini par l'administration d'une dose supérieure ou égale à 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours précédant l'arrêt du sorafenib;
 - et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

RÉLUGOLIX/ ESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) :

- ◆ pour le traitement des ménorragies associées aux fibromes utérins.

RIBOCICLIB (succinate de) :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, comme thérapie endocrinienne initiale pour le cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les femmes en préménopause ou en périménopause doivent recevoir un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (LHRH).

Il est à noter que la combinaison du ribociclib et d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien n'est pas autorisée en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression ou une récurrence de la maladie survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

Il est également à noter que le ribociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2, chez les femmes ménopausées présentant un statut de performance sur l'ECOG de 0 ou 1, et dont :
 - le cancer est nouvellement diagnostiqué;
ou
 - le cancer a progressé durant un traitement endocrinien ou à la suite de celui-ci.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le ribociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des CDK 4/6 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

★ RIFAXIMINE :

- ◆ pour la prévention des récurrences d'encéphalopathie hépatique chez les personnes cirrhotiques pour qui le lactulose pris de façon optimale n'a pas permis de prévenir adéquatement la survenue d'épisodes manifestes.

À moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication, le lactulose doit être administré en concomitance.

ANNEXE IV

RILUZOLE :

- ◆ pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients présentant des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans, une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédite et non trachéotomisés.

Lors de la demande initiale (nouveau cas), le prescripteur doit indiquer la date du début des symptômes de la maladie, la mesure de la capacité vitale et confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée initiale maximale de l'autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes subséquentes, et chez les patients déjà sous traitement, le prescripteur doit confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une trachéotomie.

RIOCIGUAT :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique de classe fonctionnelle II ou III de l'OMS, qu'elle soit inopérable ou encore persistante ou récurrente après un traitement chirurgical.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins oeuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

RIPRÉTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale localement avancée non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'un traitement par l'imatinib, le sunitinib et le régorafenib, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations pour le riprétinib sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg par jour.

RISANKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le risankizumab sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines.

RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant la forme sous-cutanée de risankizumab sont données à raison d'une dose maximale de 360 mg toutes les 8 semaines.

★ RISDIPLAM :

- ◆ pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q confirmée par un test génétique montrant une mutation ou une délétion biallélique du gène *SMN1*.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter 2, 3 ou 4 copies du gène *SMN2*;
et
- ne pas dépendre d'une ventilation permanente. La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 5 mg par jour. La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir des données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, telles qu'une amélioration des fonctions neuromotrices, une absence de détérioration significative de celles-ci ou un ralentissement des signes et symptômes associés à l'amyotrophie spinale par rapport à l'évolution naturelle prévue de la maladie. De même, le prescripteur doit spécifier que le patient n'est pas sous ventilation permanente. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence de ventilation permanente.

Il est à noter que la prise concomitante du risdiplam avec le nusinersen n'est pas autorisée. De plus, le risdiplam n'est pas autorisé chez les personnes ayant reçu un traitement par l'onasemnogène abéparvovec, et ce, à partir d'un mois après sa perfusion intraveineuse.

RITUXIMAB :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate.

À l'instauration du traitement :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement d'une durée suffisante par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNF α) inscrit sur les listes de médicaments comme traitement biologique de 1^{re} intention de la polyarthrite rhumatoïde, ou encore par un agent biologique possédant un mécanisme d'action différent, inscrit aux mêmes fins, et ce, en cas d'intolérance sérieuse ou de contre-indication aux anti-TNF α .

L'autorisation initiale est donnée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par :

- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Un maximum de 2 traitements par période de 12 mois est autorisé. Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1 000 mg chacune.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la forme grave de la granulomatose avec polyangéite ou de la polyangéite microscopique, c'est-à-dire qui pourrait entraîner une défaillance d'organe ou mettre la vie en danger.

RIVAROXABAN, 2,5 mg :

- ♦ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en association avec une faible dose d'acide acétylsalicylique, chez les patients atteints d'une coronaropathie et d'une maladie artérielle périphérique.

ANNEXE IV

RIVASTIGMINE :

- ♦ en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou à 28 en présence d'une justification pertinente;
- confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la rivastigmine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où l'inhibiteur de la cholinestérase fait suite à un traitement avec la mémantine, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments qui suivent :

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;
- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

ROMOSUZUMAB :

- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui sont exposées :
 - à un risque élevé de fracture défini comme un antécédent de fracture de fragilisation à la hanche ou à la colonne vertébrale;
ou
 - à un risque très élevé de fracture défini comme la présence d'une nouvelle fracture de fragilisation à la hanche ou à la colonne vertébrale dans les 24 derniers mois, ou comme un antécédent de plus d'une fracture de fragilisation à la colonne vertébrale.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois. Un retraitement avec le romosozumab n'est pas autorisé.

Il est à noter que le romosozumab n'est pas autorisé si la personne a reçu la téraparatide, à moins d'une intolérance à cette dernière.

ROSIGLITAZONE (maléate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la rosiglitazone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1^{er} octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline et l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

ROTIGOTINE :

- ◆ en association avec la lévodopa, pour le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson au stade avancé.
- ◆ pour le traitement des signes et symptômes d'intensité modérée ou grave du syndrome des jambes sans repos idiopathique, lorsqu'un autre agoniste dopaminergique est inefficace ou lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée.

ANNEXE IV

ROZANOLIXIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à IV selon la classification de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine ou d'anti-tyrosine kinase spécifiques du muscle;
et
 - un score d'au moins 3 points sur l'échelle *Myasthenia Gravis Activities of Daily Living* (MG-ADL) (excluant les symptômes oculaires);
et
 - un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase, 1 corticostéroïde et 1 immunosuppresseur non stéroïdien, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale sans détérioration clinique).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel à raison de 1 fois par semaine pour un maximum de 6 cycles de 6 semaines par année :

- Pour les personnes de ≥ 35 kg et < 50 kg : 280 mg;
- Pour les personnes de ≥ 50 kg et < 70 kg : 420 mg;
- Pour les personnes de ≥ 70 kg et < 100 kg : 560 mg;
- Pour les personnes ≥ 100 kg : 840 mg.

Il est à noter que le rozanolixizumab n'est pas autorisé de façon concomitante avec un inhibiteur du complément ou un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance du rozanolixizumab avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aigüe.

Il est également à noter que le rozanolixizumab n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

RUFINAMIDE :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Lennox-Gastaut lorsqu'au moins trois médicaments anticrises sont contre-indiqués, non tolérés ou inefficaces.

RUXOLITINIB (phosphate de) :

- ◆ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :
 - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base;
et
 - une maladie de risque intermédiaire 2 ou de haut risque selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
et
 - un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 3.La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie confirmée par imagerie ou par l'examen physique et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le ruxolitinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinases utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

- ◆ pour le contrôle de l'hématocrite chez les personnes atteintes d'une polycythémie vraie :
 - dont la maladie est résistante à l'hydroxyurée;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La résistance à l'hydroxyurée est définie, à la suite d'un traitement d'au moins 3 mois à raison d'une dose d'au moins 2 g par jour ou d'au moins 3 mois à la dose maximale efficace qui n'entraîne pas de toxicité hématologique, cutanée ou digestive de grade 3 ou plus, par :

- le recours à plus d'une phlébotomie sur une période de 3 mois, et ce, afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %;
ou
- un décompte leucocytaire supérieur à $10 \times 10^9/l$ et un décompte plaquettaire supérieur à $400 \times 10^9/l$;
ou
- une persistance des symptômes associés à une splénomégalie.

La première autorisation est d'une durée maximale de 4 mois.

Lors de la deuxième demande, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une réduction du recours à la phlébotomie afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %, une amélioration de la thrombocytose et de la leucocytose ou une amélioration des symptômes associés à une splénomégalie. La deuxième autorisation est d'une durée maximale de 6 mois.

Pour les autorisations subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve du maintien du bénéfice clinique sur la fréquence du recours à la phlébotomie, les leucocytes et les plaquettes ou les symptômes associés à une splénomégalie. Les autorisations subséquentes sont pour des durées maximales de 6 mois.

ANNEXE IV

RUXOLITINIB (phosphate de), Co. 5 et 10 mg :

- ◆ pour le traitement d'une réaction aigüe du greffon contre l'hôte, après une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, chez les personnes :
 - âgées de 12 ans ou plus;
et
 - présentant une maladie de grade II à IV selon les critères du *Mount Sinai Acute GVHD International Consortium* [MAGIC] (Harris 2016);
et
 - présentant une maladie réfractaire aux corticostéroïdes ou dépendante des corticostéroïdes selon les critères du European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) – National Institutes of Health (NIH) – Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR) Task force position statement (Schoemans 2018).
- ◆ pour le traitement d'une réaction chronique du greffon contre l'hôte, après une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, chez les personnes :
 - âgées de 12 ans ou plus;
et
 - présentant une maladie de stade modéré ou grave selon les critères de consensus du *National Institute of Health* (NIH);
et
 - présentant une maladie réfractaire aux corticostéroïdes ou dépendante des corticostéroïdes, selon les critères de consensus du NIH.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Avec la demande de poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'une réponse objective (réponse complète ou partielle) selon les critères de consensus du NIH.

SACUBITRIL / VALSARTAN :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection $\leq 40\%$);
et
 - en association avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

SALBUTAMOL (sulfate de), Pd. pour Inh. :

- ◆ pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus^{MC} ou qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen de ce dispositif.

SALMÉTÉROL (xinafoate de) / FLUTICASONE (propionate de) :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

Les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes pour les personnes assurées auprès de la RAMQ qui ont déjà obtenu un remboursement dans les 365 jours précédant le 1^{er} octobre 2003.

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
 - ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
 - ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

Toutefois, l'association salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 24 mars 2016.

SAPROPTÉRINE (dichlorhydrate de) :

- ◆ pour les femmes atteintes de phénylcétonurie qui désirent procréer et dont la concentration sérique de phénylalanine est supérieure à 360 µmol/l malgré une diète restreinte en phénylalanine.

L'autorisation initiale est d'une durée de 2 mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse au traitement. Une réponse à la saproptérine est définie par une diminution moyenne de la concentration sérique de phénylalanine d'au moins 30 %.

L'autorisation sera alors accordée pour la période pendant laquelle la femme tente de procréer et jusqu'à la fin de la grossesse.

SARILUMAB :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation,
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sarilumab sont données à raison d'une dose maximale de 200 mg toutes les 2 semaines.

SATRALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyéélite optique (TSNMO), chez les personnes âgées de 12 ans ou plus porteuses d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins un épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisode dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de 120 mg aux semaines 0, 2 et 4, puis toutes les 4 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs pré-traitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Il est à noter que le satralizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé pour le traitement du TSNMO.

SAXAGLIPTINE :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace; ou
 - en association avec une sulfonylurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SÉBÉLIPASE ALFA :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la forme infantile d'un déficit en lipase acide lysosomale (DLAL), aussi appelé maladie de Wolman.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter des manifestations cliniques du DLAL avant l'âge de six mois, notamment un retard de croissance depuis la naissance;
et
- avoir reçu une confirmation de DLAL par dosage enzymatique;
ou
- avoir reçu une confirmation génétique d'une suppression ou d'une mutation du gène associé au DLAL.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 5 mg/kg de sébélipase alfa une fois par semaine.

SÉCUKINUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois. Toutefois, pour les personnes de 90 kg ou plus, une augmentation de la dose à 300 mg toutes les 2 semaines à partir de la 16e semaine de traitement est permise.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale sur une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
- et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 150 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, suivi d'un maximum de 300 mg tous les mois.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hidradénite suppurée modérée à grave :
 - qui ont au moins 3 abcès ou nodules;
et
 - qui présentent des lésions dans au moins 2 régions anatomiques distinctes, dont 1 de stade Hurley II ou III;
et
 - qui ont une réponse insuffisante à une antibiothérapie orale d'une durée d'au moins 3 mois.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

SELEXIPAG :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

SÉLINEXOR :

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour la poursuite du traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, chez les personnes ayant commencé un traitement associant le sélinexor, le bortézomib et la dexaméthasone en milieu hospitalier, et qui ont dû cesser le bortézomib en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une nouvelle contre-indication.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence ou de progression de la maladie.

Les autorisations sont données à raison de 1 dose hebdomadaire maximale de 100 mg.

SELPERCATINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde au stade avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente des mutations du gène *RET*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le selpercatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur ciblant uniquement le récepteur RET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente une fusion du gène *RET*;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le selpercatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur ciblant le récepteur RET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

SÉLUMÉTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des neurofibromes plexiformes (NP) symptomatiques inopérables liés à la neurofibromatose de type 1 (NF1), chez les personnes :
 - âgées de 2 à 18 ans à l'instauration du traitement;
 - et
 - dont les symptômes sont associés à une atteinte fonctionnelle significative ou à une réduction importante de la qualité de vie (par exemple : douleur chronique, compression d'un organe vital ou de la colonne vertébrale, altération significative des fonctions motrice, respiratoire, visuelle ou neurologique);
 - et
 - dont le diagnostic de NF1 est confirmé par :
 - un séquençage génétique;
 - ou
 - la présence d'un des critères diagnostiques suivants :
 - au moins 6 taches café au lait de plus de 5 mm de diamètre chez un enfant prépubère et de plus de 15 mm après la puberté;
 - des lentigines dans les plis axillaires ou inguinaux;
 - un gliome des voies optiques;
 - au moins deux nodules de Lisch;
 - une des lésions osseuses suivantes : dysplasie du sphénoïde, courbure antérolatérale du tibia ou pseudarthrose d'un os long;
 - un parent au premier degré atteint de NF1;
 - et
 - pour qui la résection complète du NP cible n'est pas considérée comme réalisable sans risque de morbidité substantielle (par exemple, en raison de l'enclavement ou de la proximité de structures vitales, du caractère invasif ou de la vascularisation élevée du NP).

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir :

- des données qui permettent de démontrer une amélioration significative des atteintes fonctionnelles ou de la qualité de vie du patient (y compris, mais pas seulement, une réduction de la douleur ou une amélioration des fonctions altérées par le NP);
- ou
- la preuve de la réduction ou la stabilisation de la taille de la tumeur confirmée par imagerie.

Il est à noter que le sélumétinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur MEK, si celui-ci a été administré pour le traitement de la NF1.

ANNEXE IV

SÉMAGLUTIDE, Sol. Inj. S.C. :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale hebdomadaire de 1 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SÉMAGLUTIDE, Co. :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 14 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SENNOSIDES A & B :

- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

SÉVÉLAMER (carbonate de) :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SÉVÉLAMER (chlorhydrate de) :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SILDÉNAFIL (citrate de) :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les autorisations seront données à raison de 20 mg 3 fois par jour.

SIPONIMOD (acide fumarique de) :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- avoir une maladie active caractérisée par au moins l'un des éléments suivants :
 - une poussée clinique dans les deux dernières années;
 - une nouvelle lésion en T2 dans la dernière année;
 - une augmentation du volume d'une lésion en T2 dans la dernière année;
 - une lésion rehaussée par le gadolinium à l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) dans la dernière année;
- et
- avoir un résultat sur l'échelle EDSS inférieur à 7.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

SITAGLIPTINE :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;
 - ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SITAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SOFOSBUVIR :

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 :
 - qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC;
 - ou
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;
 - ou
 - qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

ANNEXE IV

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 3 :

- qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;
ou
- qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

SOFOBUVIR / VELPATASVIR :

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique avec cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

SOFOBUVIR / VELPATASVIR / VOXILAPRÉVIR :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique, qui ne présentent pas de cirrhose décompensée, infectées par :

- le génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement contenant un inhibiteur de la NS5A;
ou
- le génotype 1, 2, 3 ou 4 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement à base de sofosbuvir, mais sans d'inhibiteur de la NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

SOMATOTROPHINE :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :
- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à 6 mois d'intervalle.

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance.

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

- ♦ pour le traitement du déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée s'ils répondent aux critères suivants :

- somatotrophine sérique ou plasmatique entre 0 et 3 µg/L lors d'une épreuve de stimulation pharmacologique.

Chez les personnes présentant un déficit multiple d'hormones hypophysaires, ainsi que pour confirmer une déficience acquise durant l'enfance ou l'adolescence, une seule épreuve de stimulation pharmacologique est nécessaire. Dans le cas d'un déficit isolé en hormone de croissance, une deuxième épreuve est requise.

Le test recommandé est l'hypoglycémie insulinique; si toutefois ce test est contre-indiqué, le test au glucagon peut lui être substitué.

- si le déficit est acquis à l'âge adulte, il doit être consécutif à une maladie hypophysaire ou hypothalamique ou encore à une chirurgie, à une radiothérapie ou à un traumatisme.

- ♦ pour le traitement du syndrome de Turner :

- le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
- sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
- sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SOMATOTROPHINE – retard de croissance et syndrome de Turner :

- ♦ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle.

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance :

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

- ♦ pour le traitement du syndrome de Turner :

- le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
- sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
- sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

ANNEXE IV

SOMATOTROPHINE – retard de croissance lié à l'insuffisance rénale :

- ◆ pour le traitement des enfants et adolescents présentant un retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale s'ils répondent aux critères suivants :
 - croissance non terminée, taux de filtration glomérulaire $\leq 1,25 \text{ mL/s/1,73 m}^2$ (75 mL/min/1,73 m²) et score Z (HSDS) ≤ -2 écarts-type (score Z = taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe) ou Δ score Z (HSDS) < 0 écart-type lorsque la taille est plus petite que le 10^e percentile (basé sur des périodes d'observation minimales de 6 mois si l'enfant a plus d'un an et de 3 mois pour l'enfant de moins d'un an);
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on n'observe pas de réponse (pas d'augmentation de Δ du score Z (HSDS) dans les douze premiers mois de traitement);
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on observe l'ossification des cartilages de conjugaison ou lorsque l'enfant a atteint la taille finale prévue;
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SORAFENIB (tosylate de) :

- ◆ pour le traitement du carcinome hépatocellulaire de stade avancé, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé après une chirurgie ou une thérapie locorégionale, à moins de ne pas y être admissible;
 - et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le sorafenib n'est pas autorisé à la suite de l'échec du lenvatinib, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome hépatocellulaire.

SOTATERCEPT :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- recevoir un traitement optimisé comprenant au moins 2 autres médicaments pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire tels qu'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline, un inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5, une prostacycline, un analogue de la prostacycline ou un agoniste des récepteurs de la prostacycline, à moins de contre-indication ou d'intolérance;
- et
- ne pas avoir une hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle IV de l'OMS.

STIRIPENTOL :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Dravet, en association avec le clobazam et le valproate, à moins d'intolérance sérieuse à l'un de ces médicaments.

SUNITINIB (malade de) :

- ◆ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2 :
 - n'ayant pas répondu au traitement par l'imatinib (résistance primaire);
ou
 - dont le cancer a évolué après avoir manifesté une réponse initiale à l'imatinib (résistance secondaire);
ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 6 mois.

Il est à noter que le sunitinib n'est pas autorisé en association avec l'évérolimus, ni à la suite d'un échec avec l'évérolimus si celui-ci a été administré pour le traitement de tumeurs neuroendocrines pancréatiques.

ANNEXE IV

TACROLIMUS, Pom. Top. :

- ◆ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement avec un corticostéroïde topique.
- ◆ pour le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage.

TADALAFIL :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les autorisations seront données à raison de 40 mg une fois par jour.

TAFAMIDIS :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyréine (ATTR-CM).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir une confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère;
et
- doit avoir un diagnostic confirmé par :
 - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;
ou
 - un test génétique;et
- doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;
et
- ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 61 mg de tafamidis une fois par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que la cardiomyopathie de son patient ne correspond pas à la classe IV de la NYHA. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une cardiomyopathie de classe IV de la NYHA.

Il est à noter que le tafamidis et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyréine.

TAFAMIDIS MÉGLUMINE :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir une confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère;
et
- doit avoir un diagnostic confirmé par :
 - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;
ou
 - un test génétique;et
- doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;
et
- ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 80 mg de tafamidis méglumine une fois par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que la cardiomyopathie de son patient ne correspond pas à la classe IV de la NYHA. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une cardiomyopathie de classe IV de la NYHA.

Il est à noter que le tafamidis et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

TAZAROTÈNE :

- ♦ pour le traitement de l'acné ou d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

TEPOTINIB (CHLORHYDRATE DE) :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente des mutations conduisant au saut du METex14;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Il est à noter que le tepotinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase du MET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

ANNEXE IV

TÉRIFLUNOMIDE :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

TÉRIPARATIDE :

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
 - une nouvelle fracture de fragilisation survenue dans les 24 derniers mois à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
ou
 - un score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à $-2,5$ et une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois chez une femme avec un antécédent de fracture de fragilisation.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois. Un retraitement avec la tériparatide n'est pas autorisé.

Il est à noter que la tériparatide n'est pas autorisée si la personne a reçu le romosozumab, à moins d'une intolérance à ce dernier.

TÉRIPARATIDE (biosimilaire) :

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
 - une nouvelle fracture de fragilisation survenue dans les 24 derniers mois à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
ou
 - un score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à $-2,5$ et une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois chez une femme avec un antécédent de fracture de fragilisation.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois. Un retraitement avec la tériparatide n'est pas autorisé.

Il est à noter que la tériparatide n'est pas autorisée si la personne a reçu le romosozumab, à moins d'une intolérance à ce dernier.

TÉZÉPÉLUMAB :

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'asthme grave, présentant dans l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne d'un corticostéroïde inhalé à dose élevée, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

Pour la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations, comme défini précédemment, et le résultat à l'un des questionnaires suivants pour l'année de référence :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
ou
- Asthma Control Test (ACT);
ou
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
ou
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer du maintien des effets bénéfiques du traitement par le tézépélumab par rapport aux valeurs de base. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 210 mg toutes les 4 semaines.

THALIDOMIDE :

- ◆ en association avec le melphalan et la prednisone, pour le traitement de première intention du myélome multiple, chez des personnes non candidates à la greffe de cellules souches.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que la thalidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortézomib.

ANNEXE IV

★ TICAGRÉLOR :

- ◆ lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

★ TIGÉCYCLINE :

- ◆ pour le traitement des infections compliquées cutanées polymicrobiennes prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) :
 - nécessitant une antibiothérapie ciblant simultanément le SARM et les bactéries Gram négatif; et
 - lorsque la vancomycine en combinaison avec un autre antibiotique est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.
- ◆ pour le traitement des infections compliquées intra-abdominales, en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance à un traitement de première intention.

TILDRAKIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
 - ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tildrakizumab sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines.

TIZANIDINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré.

TOBRAMYCINE (sulfate de), Sol. pour Inh. et Pd. pour Inh. :

- ◆ chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à *Pseudomonas aeruginosa* lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation.

TOCILIZUMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 8 mg/kg à toutes les 4 semaines.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication;
- et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par un agent modulateur de la réponse biologique titré de façon optimale pendant au moins 5 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et 1 des 3 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - un autre signe d'inflammation chronique tel que : anémie, thrombocytose, leucocytose;et
- présenter au moins 1 atteinte systémique parmi les suivantes :
 - persistance d'épisodes de fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$);
 - éruption cutanée typique;
 - adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie;
 - inflammation ou épanchement séreux.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter 2 des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement;
- et
- disparition des épisodes de fièvre.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
- et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 10 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et d'une dose maximale de 8 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCILIZUMAB, Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab Sol. Inj. S.C. sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les semaines.

- ♦ comme traitement adjuvant à une corticothérapie, administrée à doses décroissantes, chez les personnes atteintes d'artérite à cellules géantes.

L'autorisation est accordée pour une durée maximale de 52 semaines par épisode.

Une autorisation peut être accordée par la suite pour tout nouvel épisode de la maladie, selon les modalités de traitement précitées du premier épisode, et ce, pour une durée maximale de 52 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication;
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par un agent modulateur de la réponse biologique titré de façon optimale pendant au moins 5 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et 1 des 3 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - un autre signe d'inflammation chronique tel que : anémie, thrombocytose, leucocytose;et
- présenter au moins 1 atteinte systémique parmi les suivantes :
 - persistance d'épisodes de fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$);
 - éruption cutanée typique;
 - adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie;
 - inflammation ou épanchement séreux.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter 2 des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement;et
- disparition des épisodes de fièvre.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les 3 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et d'une dose maximale de 162 mg toutes les 2 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCOPHÉRYLE (acétate de DL- α) :

- ♦ pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E.

ANNEXE IV

TOFACITINIB (citrate de) :

- ♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication au méthotrexate.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

TRAMÉTINIB :

- ♦ en association avec le dabrafénib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le tramétinib, en association avec le dabrafénib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ♦ en association avec le dabrafénib, pour le traitement adjuvant d'un mélanome exprimant une mutation V600 du gène BRAF, avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, chez les personnes :
 - dont le mélanome a été complètement réséqué;
et
 - dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à un inhibiteur BRAF;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que la prise de tramétinib n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec un inhibiteur BRAF si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

TREPROSTINIL SODIQUE :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

ANNEXE IV

TRÉTINOÏNE, Cr. Top. et Gel Top. :

- ◆ pour le traitement de l'acné ou d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

TRIENTINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Wilson, lorsque la pénicillamine est contre-indiquée ou non tolérée.

TRIFLURIDINE / TIPIRACIL (chlorhydrate de) :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1 ainsi qu'un échec aux thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
 - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine;
et
 - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine;
et
 - un traitement incluant le bevacizumab;
et
 - en présence d'un gène *RAS* non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne à un stade métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé à la suite d'au moins deux traitements systémiques pour un cancer avancé, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse, incluant une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, de sel de platine, de taxane ou d'irinotécan. Les personnes au statut HER2 positif doivent également avoir reçu une thérapie ciblant les récepteurs HER2; à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

TRihePTANOïne :

- ◆ pour le traitement des troubles d'oxydation des acides gras à longue chaîne (TOAG-LC).

Lors de l'instauration du traitement, la personne doit :

- avoir reçu un diagnostic confirmé de TOAG-LC;
et
- suivre une diète pauvre en acides gras à longue chaîne et riche en glucides;
et
- présenter :
 - des symptômes graves tels qu'une rhabdomyolyse, une cardiomyopathie, une atteinte hépatique, des épisodes d'hypoglycémie ou une intolérance importante à l'effort limitant le fonctionnement, et ce, malgré un traitement de supplémentation d'huile de triglycérides à chaînes moyennes (TCM);
ou
 - une décompensation aiguë sévère engageant le pronostic vital, dans le contexte d'une forme néonatale ou infantile de la maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement (par exemple, une diminution des hospitalisations, une réduction du taux de créatine kinase ou une amélioration de la fraction d'éjection ventriculaire gauche par rapport aux valeurs de départ).

Les demandes subséquentes sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

La dose quotidienne de triheptanoïne ne doit pas dépasser 35 % de l'apport calorique quotidien total prescrit.

Il est à noter que la triheptanoïne ne doit pas être utilisée en association avec une huile TCM.

TROSPiUM (chlorure de) :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la *Liste des médicaments*, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

ANNEXE IV

UPADACITINIB (15 mg) :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation,et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg 1 fois par jour.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :

- À l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg une fois par jour.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - À l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg 1 fois par jour.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'au moins 1 agent de rémission systémique, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

Chez la personne ayant commencé un agent de rémission systémique avant l'âge de 12 ans, les critères d'instauration doivent avoir été documentés avant le début du traitement et l'emploi préalable de photothérapie n'est pas requis.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 30 mg.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage d'un agent biologique inscrit sur les listes de médicaments pour soigner cette maladie n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'un maximum de 15 mg par jour.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La d'une demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ANNEXE IV

UPADACITINIB (30 mg) :

- ◆ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'au moins 1 agent de rémission systémique, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

Chez la personne ayant commencé un agent de rémission systémique avant l'âge de 12 ans, les critères d'instauration doivent avoir été documentés avant le début du traitement et l'emploi préalable de photothérapie n'est pas requis.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 30 mg.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

UPADACITINIB (45 mg) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ENFANTS) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être chez l'adulte :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines avec la possibilité d'augmenter la fréquence d'administration à toutes les 8 semaines après 6 mois de traitement.

Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines avec la possibilité d'augmenter la fréquence d'administration à toutes les 8 semaines après 6 mois de traitement.

Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

ANNEXE IV

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave :
 - lorsque les anti-TNF α figurant dans la Liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions sont contre-indiqués. Dans ce cas, les conditions requises pour accorder la 1^{re} autorisation de l'ustekinumab sont les mêmes que celles exigées à l'instauration d'un traitement par les anti-TNF α hormis l'infliximab, et ce, en tenant compte du fait qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique;
ou
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la Liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions n'a pas induit un contrôle optimal de celle-ci ou n'a pas été toléré. L'anti-TNF α doit avoir été utilisé conformément aux indications qui lui sont reconnues dans cette Liste pour cette maladie, et ce, en tenant compte du fait qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 7 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

VEDOLIZUMAB, Pd. Perf. I.V. :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le vedolizumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Le vedolizumab est autorisé à raison de 3 doses de 300 mg administrées aux semaines 0, 2 et 6 puis d'un maximum de 300 mg toutes les 8 semaines.

ANNEXE IV

VEDOLIZUMAB, Sol. Inj. S.C. :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave.

Les autorisations concernant le vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la colite ulcéreuse.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les demandes concernant le vedolizumab administré par voie sous-cutanée sont autorisées à raison d'une dose maximale de 108 mg toutes les 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les autorisations concernant le vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction selon l'indication donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la maladie de Crohn.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Le vedolizumab est autorisé à raison d'une dose maximale de 108 mg toutes les 2 semaines.

VÉMURAFÉNIB :

- ♦ en association avec le cobimétinib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le vémurafénib, en association avec le cobimétinib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse au dabrafénib;
ou
 - qui sont porteuses d'une mutation BRAF V600K.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Toutefois, le vémurafénib demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014, en autant que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

VÉNÉTOCLAX :

- ♦ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 6 cycles combinant le vénétoclax et le rituximab.

La durée maximale de l'autorisation est de 20 cycles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la maladie ne progresse pas. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ en monothérapie pour la poursuite du traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 6 cycles combinant le vénétoclax et l'obinutuzumab.

L'autorisation est donnée pour une durée maximale de 6 cycles.

- ♦ en association avec l'ibrutinib, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique selon l'indication reconnue pour l'ibrutinib, pour un maximum de 12 cycles.
- ♦ en association avec l'acalabrutinib, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique selon l'indication reconnue pour l'acalabrutinib, pour un maximum de 12 cycles.
- ♦ en association avec l'ibrutinib, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire selon l'indication reconnue pour l'ibrutinib, pour un maximum de 24 mois.

ANNEXE IV

VÉRICIGUAT :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II à IV de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %);
et
 - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant, un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes (ARM) et un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (SGLT2), à moins de contre-indication ou d'intolérance;
et
 - dont l'état a été stabilisé après un récent événement témoignant d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II à IV de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une fraction d'éjection de 41 à 44 %;
et
 - dont le taux de *brain natriuretic peptide* (BNP) ou de *N-Terminal Pro-brain natriuretic peptide* (NT-proBNP) a permis de confirmer le diagnostic d'insuffisance cardiaque;
et
 - dont l'état a été stabilisé après un récent événement témoignant d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque.

VERTÉPORFINE :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50 p. cent ou plus de la surface maculaire.
- ◆ pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation.
- ◆ pour le traitement du syndrome d'histioplasmose oculaire présumé avec néovascularisation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / FLUTICASONE (furoate de), 25MCg – 100MCg :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS_ post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

Les autorisations sont données à raison de 1 dose maximale quotidienne de 100MCg de furoate de fluticasone.

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / FLUTICASONE (furoate de), 25MCg – 200MCg :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') :

- ◆ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

VILANTÉROL (trifénatate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') / FLUTICASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté dans la dernière année au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par 1 agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
 - qui reçoivent déjà 1 agoniste β_2 à longue action, 1 antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

VISMODEGIB :

- ◆ pour le traitement du carcinome basocellulaire au stade localement avancé ou métastatique chez les personnes qui ne sont pas admissibles à la chirurgie ni à la radiothérapie et qui présentent un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

ANNEXE IV

VORASIDENIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'astrocytome ou de l'oligodendrogliome de grade 2, selon le système de classification des tumeurs de l'Organisation mondiale de la santé, présentant une mutation sensible des gènes IDH1 ou IDH2, chez les personnes de 12 ans ou plus, présentant une maladie mesurable après une intervention chirurgicale et :
 - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie systémique ou de radiothérapie pour leur tumeur;
et
 - ne présentant pas de caractéristique de haut risque de progression, ni d'indication de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie seules ou en association;
et
 - dont la dernière résection chirurgicale a été réalisée dans les 5 ans précédant l'amorce du traitement;
et
 - dont le statut de performance est ≥ 80 % selon l'échelle de Lansky pour les enfants de moins de 16 ans ou ≥ 80 % selon l'échelle de Karnofsky pour les personnes de 16 ans ou plus.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie. De plus, le traitement doit être cessé si une chimiothérapie systémique ou de la radiothérapie est amorcée pour traiter la tumeur.

Il est à noter que le vorasidenib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des enzymes IDH1 ou IDH2 si celui-ci a été administré pour le traitement d'un astrocytome ou d'un oligodendrogliome. Dans le cas présent, l'échec se définit par une progression de la maladie pendant le traitement ou si la tumeur se transforme en un grade 3 ou 4.

★ VORICONAZOLE :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive.
- ◆ pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

VUTRISIRAN :

- ◆ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 25 mg de vutrisiran une fois tous les 3 mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Dans les demandes de poursuite du traitement, le médecin doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que le vutrisiran n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

ZANUBRUTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de la macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères de l'International Workshop for Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM).

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le zanubrutinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

ANNEXE IV

ZILUCOPLAN :

- ◆ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à V selon la classification de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine;
et
 - un score d'au moins 6 points sur l'échelle Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL);
et
 - à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées, un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase et, pendant au moins 1 an :
 - par au moins 2 médicaments parmi les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs non stéroïdiens;
ou
 - par au moins 1 de ces médicaments avec l'utilisation chronique (tous les 3 mois ou moins) de thérapie plasmatique ou d'immunoglobulines.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale sans détérioration clinique).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales quotidiennes suivantes en fonction du poids corporel :

- Pour les personnes de < 56 kg : 16,6 mg 1 fois par jour;
- Pour les personnes de ≥ 56 kg et < 77 kg : 23,0 mg 1 fois par jour;
- Pour les personnes de ≥ 77 kg : 32,4 mg 1 fois par jour.

Il est à noter que le zilucoplan n'est pas autorisé de façon concomitante avec un autre inhibiteur du complément ou avec un inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance du zilucoplan avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aiguë.

Il est également à noter que le zilucoplan n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du complément C5 si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL :

- ◆ pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale.
- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant une tumeur solide avec au moins une métastase osseuse, ou un myélome multiple avec lésions osseuses.

Sans égard aux indications de paiement énoncées ci-dessus, l'acide zolédronique est couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 28 avril 2004.

Pour ce qui est des personnes visées au paragraphe précédent et assurées par la RAMQ, celles-ci n'auront pas à transmettre le formulaire « Demande d'autorisation – médicament d'exception ». La RAMQ en supportera le coût sans autre formalité si elle l'a déjà fait au cours de la période précitée.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 5 mg/100 mL :

- ◆ pour le traitement de la maladie de Paget.
- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.
- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes à risque élevé de fractures ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

ANNEXE IV.1

LISTE DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION DONT LES INDICATIONS RECONNUES DEMEURENT COUVERTES POUR LES PERSONNES EN COURS DE TRAITEMENT

ADALIMUMAB (HUMIRA) :

Sol. Inj. S.C				50 mg/mL (0,8 mL)	
02258595	Humira (seringue)	AbbVie	2	1428,48	714,2400
99100385	Humira (stylo)	AbbVie	2	1428,48	714,2400

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 3 mars 2021.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le prescripteur devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de colite ulcéreuse modérée à grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %, ou une diminution du score Mayo partiel d'au moins 2 points;
et
 - un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois.

ANNEXE IV.1

AFLIBERCEPT (EYLEA) :

Sol. Inj.		40 mg/mL(0,278 mL)			
02415992	Eylea	Bayer	1	1418,00	
Sol. Inj. (ser)		40 mg/mL (0,177 mL)			
02505355	Eylea	Bayer	1	1418,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 6 novembre 2025.

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne.

L'administration recommandée est de 1 dose par oeil tous les 2 mois. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab, le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique.

L'administration recommandée est de 1 dose par oeil tous les 2 mois. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab ou le ranibizumab pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même oeil.

DENOSUMAB (PROLIA) :

Sol. Inj. S.C.(ser)		60 mg/mL			
02343541	Prolia	Amgen	1	330,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 7 novembre 2024.

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.
- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes à risque élevé de fractures ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

DENOSUMAB (XGEVA) :

Sol. Inj. S.C.		120 mg/1,7 mL			
02368153	Xgeva	Amgen	1	538,45	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 7 novembre 2024.

- ♦ pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer de la prostate résistant à la castration et présentant au moins une métastase osseuse.
- ♦ pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer du sein et présentant au moins une métastase osseuse, en cas d'intolérance au pamidronate ou à l'acide zolédronique.

ÉTANERCEPT (ENBREL) :

Sol. Inj. S.C		50 mg/mL (1 mL)			
02274728	Enbrel (seringue)	Amgen	4	1437,13	359,2825
99100373	Enbrel SureClick	Amgen	4	1437,13	359,2825

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 18 août 2017 :

ANNEXE IV.1

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 1^{er} février 2018 :

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du prescripteur (échelle visuelle analogue);
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 19 août 2020 :

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg 2 fois par semaine.

FILGRASTIM (NEUPOGEN) :

Sol. Inj.		300 mcg/mL (1,0 mL)			
01968017	Neupogen	Amgen	10	1731,89	173,1890
Sol. Inj.		300 mcg/mL (1,6 mL)			
99001454	Neupogen	Amgen	10	2771,02	277,1020

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 30 septembre 2020.

- ♦ pour le traitement des personnes recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).
- ♦ pour le traitement des personnes à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.
- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.
- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à $1,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.
- ♦ lors de chimiothérapie chez les enfants atteints de tumeur solide.

ANNEXE IV.1

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$.
- ♦ pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$).
- ♦ pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.
- ♦ pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

GLATIRAMÈRE (acétate de) (COPAXONE) :

Sol. Inj. S.C.(ser)				20 mg/mL	
02245619	Copaxone	Teva Innov	30	1 296,00	43,20

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 5 juillet 2018.

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par l'absence de nouvelle poussée clinique.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

INFLIXIMAB (REMICADE) :

Pd. Perf. I.V.				100 mg	
02244016	Remicade	Janss. Inc	1	940,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 19 août 2020.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique. La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois.

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 3 mg/kg avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

ANNEXE IV.1

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 8 semaines.

INSULINE GLARGINE (100 U/mL (3 mL)) :

Sol. Inj. S.C					100 U/mL (3 mL)	
02251930	Lantus	SanofiAven	5		88,12	
02294338	Lantus SoloStar	SanofiAven	5		88,12	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 18 août 2017.

- ♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable avec une insuline à action intermédiaire n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer un épisode d'hypoglycémie grave ou de fréquents épisodes d'hypoglycémie.

OMALIZUMAB (XOLAIR) :

Sol. Inj. S.C. (ser)					150 mg/mL (1 ml)	
02459795	Xolair	Novartis	1		628,84	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 25 septembre 2025.

- ♦ Pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 24 semaines à raison d'un maximum de 300 mg aux 4 semaines.

RANIBIZUMAB (LUCENTIS) :

Sol. Inj.		10 mg/mL (0,23 ml)			
02296810	Lucentis	Novartis	1	1575,00	
Sol. Inj. (ser)		10 mg/mL (0,165 ml)			
02425629	Lucentis	Novartis	1	1575,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 13 décembre 2023.

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, le faricimab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou le faricimab pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est donnée à raison de 1 **dose** par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

ANNEXE IV.1

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 **dose** par mois et par oeil.

La durée maximale du traitement est de 12 mois. Pendant cette période, le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même oeil.

RITUXIMAB (RITUXAN) :

Sol. Perf. I.V.

10 mg/mL

02241927	Rituxan	Roche	10 mL 50 mL	453,10 2 265,50	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 30 septembre 2020.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

La durée de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'une période minimale de 12 mois et pour un maximum de 2 traitements.

Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1000 mg chacune.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA) :

Sol. Inj. S.C. (ser)

162 mg/0,9 mL

02424770	Actemra	Roche	4	1420,00	355,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo)

162 mg/0,9 mL

02483327	Actemra	Roche	4	1420,00	355,0000

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (4 mL)

02350092	Actemra	Roche	1	179,20	

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (10 mL)

02350106	Actemra	Roche	1	448,00	

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (20mL)

02350114	Actemra	Roche	1	896,00	

TOCILIZUMAB (ACTEMRA), Sol. Perf. I.V. :

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 22 mai 2025.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'une dose maximale de 8 mg/kg à toutes les 4 semaines.

ANNEXE IV.1

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter deux des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées;et
- disparition des épisodes de fièvre.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 10 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 8 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA), Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 22 mai 2025.

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'une dose maximale de 162 mg à toutes les semaines.

- ◆ comme traitement adjuvant à une corticothérapie, administrée à doses décroissantes, chez les personnes atteintes d'artérite à cellules géantes.

L'autorisation est accordée pour l'épisode de la maladie présentement en cours le 21 mai 2025 pour une durée maximale de 52 semaines et ne pouvant dépasser le 21 mai 2026.

ANNEXE IV.1

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter deux des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées;
- et
- disparition des épisodes de fièvre.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 3 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 162 mg toutes les 2 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

USTEKINUMAB (STELARA) :

Sol. Inj. S.C. (ser)

45 mg/0,5 mL

02320673	Stelara	Janss. Inc	1	4311,72	

Sol. Inj. S.C. (ser)

90 mg/1 mL

02320681	Stelara	Janss. Inc	1	4311,72	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 23 mai 2024.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 45 mg aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

ANNEXE IV.1

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 45 mg aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

**LISTE DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS
LA MÉTHODE DU PRIX LE PLUS BAS NE S'APPLIQUE PAS**

**28:28
agents anti-maniaques**

lithium (carbonate de)

**36:26
diabète sucré**

réactif quantitatif du glucose dans le sang

**36:88
contenu des urines et des selles**

réactif semi-quantitatif de l'acétone et du glucose

**36:88.40
sucre**

réactif semi-quantitatif du glucose

**56:36
agents anti-inflammatoires**

5-aminosalicylique (acide)

Co. Ent.

5-aminosalicylique (acide)

Co. L.A.

**68:18
gonadotrophines et antigonadotrophines**

leuprolide (acétate de)

**68:20.08
insulines**

insuline isophane bio-synthétique de séquence humaine

insuline lispro

insuline zinc cristalline bio-synthétique de séquence humaine

insulines zinc cristalline et isophane bio-synthétiques de séquence humaine

**68:36.04
agents thyroïdiens**

lévothyroxine sodique

80:02
extrait allergénique

allergènes (extraits aqueux glycerinés d')
allergènes (extraits aqueux glycerinés non normalisés et normalisés d')
allergènes (extraits aqueux glycerinés normalisés d')
allergènes (extraits précipités à l'alun)
allergènes (extraits aqueux d')
protéines de venin d'hyménoptères
venins d'hyménoptères

84:92
agents de la peau et des muqueuses, divers

hydrogel

86:16
relaxants muscles lisses voies respiratoires

théophylline

Co. L.A.

90:28
thérapie immunosuppressive

cyclosporine

92:00
divers agents thérapeutiques

diluant à l'albumine

médicaments d'exception

capteur Dexcom G6
capteur Dexcom G7
capteur FreeStyle Libre 2
capteur FreeStyle Libre 3 Plus
émetteur Dexcom G6
pansement absorbant - chlorure de sodium
pansement absorbant - fibres gélifiantes
pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association
pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes
pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association
pansement antimicrobien – argent
pansement antimicrobien – iode
pansement antimicrobien bordé – argent
pansement anti-odeur - charbon activé
pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane
pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane
pansement interface - polyamide ou silicone

Légende

Symboles utilisés dans cette liste

-  Médicament assujéti au Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041).
-  Médicament de l'annexe F du Règlement sur les aliments et drogues.
-  Drogue contrôlée faisant partie de la partie G du Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C., ch. 870).
-  Médicament assujéti au Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (DORS/2000-217).
- *** Médicament dont les données ont été modifiées par rapport à l'édition précédente.
- +** Médicament ajouté par rapport à l'édition précédente.
- suppl.** Le coût de service pour ce produit est celui applicable aux formules nutritives.
- UE** Médicament jugé unique et essentiel d'un fabricant non reconnu.
- R** Produit retiré du marché par le fabricant mais qui demeure payable par la Régie durant la période de validité de la présente édition.
- PPB** La méthode du prix le plus bas s'applique à cette dénomination commune, forme et teneur.
-  Identifie le prix payable en conformité avec la méthode du prix le plus bas.
-  Identifie le prix maximum payable.

4:00
ANTIHISTAMINIQUES

4:04 antihistaminiques de première
génération

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

4:04

ANTI-HISTAMINIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj.

				50 mg/mL	PPB	
00596612	<i>Diphenhydramine (chlorhydrate de)</i>	Sandoz	1 ml	➡	4,04	
02219336	<i>Diphenist</i>	Oméga	1 ml	➡	4,04	

ANNEXE IV.2

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION DONT LA COUVERTURE D'ASSURANCE EST MAINTENUE POUR LES PERSONNES EN COURS DE TRAITEMENT SELON LES CONDITIONS PRÉVUES AU POINT 4.2.3. DE LA LISTE DES MÉDICAMENTS

ÉNOXAPARINE (Lovenox)

Sol. Inj. S.C.		100 mg/mL			
02236564	Lovenox	SanofiAven	3 ml	62,51	

Sol. Inj. S.C. (ser.)		30 mg/0,3 mL			
02012472	Lovenox	SanofiAven	10	62,90	6,2900

Sol. Inj. S.C. (ser.)		40 mg/0,4 mL			
02236883	Lovenox	SanofiAven	10	83,30	8,3300

Sol. Inj. S.C. (ser.)		60 mg/0,6 mL			
02378426	Lovenox	SanofiAven	10	124,97	12,4970

Sol. Inj. S.C. (ser.)		80 mg/0,8 mL			
02378434	Lovenox	SanofiAven	10	166,60	16,6600

Sol. Inj. S.C. (ser.)		100 mg/1,0 mL			
02378442	Lovenox	SanofiAven	10	208,28	20,8280

Sol. Inj. S.C. (ser.)		120 mg/0,8 mL			
02242692	Lovenox HP	SanofiAven	10	249,90	24,9900

Sol. Inj. S.C. (ser.)		150 mg/1,0 mL			
02378469	Lovenox HP	SanofiAven	10	312,40	31,2400

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédents le 15 décembre 2021.

INSULINE ASPARTE (NovoRapid)

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02377209	NovoRapid Flex Touch	N.Nordisk	5	50,79	
02244353	NovoRapid Penfill	N.Nordisk	5	50,79	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 2 février 2022.

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (10 mL)

02245397	NovoRapid	N.Nordisk	1	25,37	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 4 juillet 2024.

INSULINE LISPRO (Humalog et Humalog KwikPen)

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL

02229704	Humalog	Lilly	10 ml	26,17	

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02229705	Humalog	Lilly	5	51,44	
02403412	Humalog KwikPen	Lilly	5	51,44	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 3 mars 2021.

ANNEXE IV.2

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG

Bandelette

99101227	Dario	Auto. Cont.	100	66,00	
99101469	D360 Blood Glucose Test Strips	Ignite	50	34,23	
			100	63,90	
99101165	GlucoDr	Medihub	50	36,45	
99100332	iTest	Auto. Cont.	50	32,50	
			100	63,00	
99100497	Nova-Max	NovaBiomed	50	34,95	
			100	69,90	
99100479	On-Call Plus	Acon	25	17,50	
			50	33,50	
			100	63,00	
99101314	On Call Vivid	Lab. Paris	50	27,00	
			100	54,00	
99100714	TRUEtest	Nipro Diag	50	27,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 3 février 2021.

8:00

ANTI-INFECTIEUX

8:08	anthelminthiques
8:12	antibactériens
8:12.02	aminosides
8:12.06	céphalosporines
8:12.07	bêta-lactamines diverses
8:12.12	macrolides
8:12.16	pénicillines
8:12.18	quinolones
8:12.20	sulfamides
8:12.24	tétracyclines
8:12.28	antibactériens, divers
8:14	antifongiques
8:14.04	allylamines
8:14.08	azoles
8:14.28	polyènes
8:16	antimycobactériens
8:16.04	antituberculeux
8:16.92	antimycobactériens, divers
8:18	antiviraux
8:18.04	adamantanes
8:18.08	antirétroviraux
8:18.28	inhibiteurs de la neuraminidase
8:18.32	nucléosides et nucléotides
8:18.92	antiviraux, divers
8:30	antiprotozoaires
8:30.04	amoebicides
8:30.08	antipaludiques
8:30.92	antiprotozoaires, divers
8:36	anti-infectieux urinaires

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:08

ANTHELMINTIQUES

MÉBENDAZOLE

Co.

				100 mg	
00556734	Vermox	Janss. Inc	6	19,27	3,2117

PRAZIQUANTEL

Co.

				600 mg	
02230897	Biltricide	Bayer	4	23,12	5,7800
			6	34,68	5,7800

PYRANTEL (PAMOATE DE)

Co.

				125 mg	PPB	
02380617	Jamp-Pyrantel Pamoate	Jamp	10	7,18	➡	0,7175
02535467	Riva-Pyrantel Pamoate	Riva	10	7,18	➡	0,7175

Susp. Orale

				50 mg/mL		
* 02412470	Jamp-Pyrantel Pamoate Suspension	Jamp	30 ml	23,84		0,7945

8:12.02

AMINOSIDES

AMIKACINE (SULFATE D')

Sol. Inj.

				250 mg/mL (2 mL)	PPB	
02481073	Amikacin Sulfate Injection	Marcan	1	➡	62,40	
02242971	Amikacine (Sulfate d')	Sandoz	1	➡	62,40	
02525909	Sulfate d'Amikacine Injection	Hikma	10		849,00	R
02486717	Sulfate d'Amikacine Injection	Oméga	1	➡	62,40	
02529459	Sulfate d'amikacine pour injection	Jamp	1	➡	62,40	
			10		624,01	➡ 62,4008
02506599	VPI-Amikacin	VPI	10		624,01	➡ 62,4008

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)

Sol. Inj.

				40 mg/mL	PPB	
02230640	Tobramycin	Fresenius	2 ml	➡	2,41	
			30 ml	➡	36,15	
99005069	Tobramycine (sans préservatif)	Sandoz	2 ml	➡	2,41	
02241210	Tobramycine (sulfate de)	Sandoz	2 ml	➡	2,41	
02502372	Tobramycine Injectable	Sterimax	2 ml	➡	2,41	
02533103	Tobramycine pour injection	Jamp	2 ml	➡	2,41	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.06

CÉPHALOSPORINES

CÉFADROXIL (MONOHYDRATE DE)

Caps.

500 mg **PPB**

02240774	<i>Apo-Cefadroxil</i>	Apotex	100	58,95	➡	0,5895
02544792	<i>JAMP Cefadroxil</i>	Jamp	100	58,95	➡	0,5895
02235134	<i>Teva-Cefadroxil</i>	Teva Can	100	58,95	➡	0,5895

CÉFAZOLINE SODIQUE

Pd. Inj.

1 g **PPB**

02108127	<i>Céfazoline</i>	Teva Can	10	26,96	➡	2,6961
02237138	<i>Céfazoline pour injection</i>	Fresenius	10	26,96	➡	2,6961
02437112	<i>Céfazoline pour injection</i>	Hikma	25	67,40	➡	2,6961
02308959	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sandoz	10	26,96	➡	2,6961
02465469	<i>Céfazoline sodique pour injection</i>	Sterimax	10	26,96	➡	2,6961

Pd. Inj.

2 g

02524791	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sterimax	10	57,12		5,7120

Pd. Inj.

10 g **PPB**

02108135	<i>Cefazolin</i>	Teva Can	1	30,15		R
02237140	<i>Céfazoline pour injection</i>	Fresenius	10	301,50	➡	30,1500
02437120	<i>Céfazoline pour injection</i>	Hikma	10	301,50	➡	30,1500
02308967	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sandoz	1	➡ 30,15		
02465477	<i>Céfazoline sodique pour injection</i>	Sterimax	10	301,50	➡	30,1500

Pd. Inj.

500 mg **PPB**

02108119	<i>Céfazoline</i>	Novopharm	10	25,00		R
02437104	<i>Céfazoline pour injection</i>	Hikma	25	62,50	➡	2,5000
02308932	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sandoz	10	25,00	➡	2,5000

CÉFÉPIME (CHLORHYDRATE DE)

Pd. Inj.

2 g

02467518	<i>Apo-Cefepime</i>	Apotex	1 ml	30,20		

CEFEXIME

Co.

400 mg **PPB**

02432773	<i>Auro-Cefixime</i>	AuroPharma	7	19,02	➡	2,7172
			10	27,17	➡	2,7172
00868981	<i>Suprax</i>	Odan	7	19,02	➡	2,7172
			10	27,17	➡	2,7172

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			100 mg/5 mL PPB		
02468689	<i>Auro-Cefixime</i>	AuroPharma	50 ml	18,32 ➡	0,3664
00868965	<i>Suprax</i>	Odan	50 ml	18,32 ➡	0,3664

CÉFOTAXIME SODIQUE

Pd. Inj.			1 g		
02434091	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	10	83,30	8,3300

Pd. Inj.			2 g		
02434105	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	10	166,86	16,6860

CEFPROZIL

Co.			250 mg		
02293528	<i>Taro-Cefprozil</i>	Sun Pharma	100	43,32	0,4332

Co.			500 mg PPB		
02347253	<i>Auro-Cefprozil</i>	AuroPharma	100	84,94 ➡	0,8494
02293536	<i>Taro-Cefprozil</i>	Sun Pharma	100	84,94 ➡	0,8494

Susp. Orale			125 mg/5 mL PPB		
02347261	<i>Auro-Cefprozil</i>	AuroPharma	75 ml	7,28 ➡	0,0970
			100 ml	9,70 ➡	0,0970
02329204	<i>Taro-Cefprozil</i>	Sun Pharma	75 ml	7,28 ➡	0,0970
			100 ml	9,70 ➡	0,0970

Susp. Orale			250 mg/5 mL PPB		
02347288	<i>Auro-Cefprozil</i>	AuroPharma	75 ml	14,54 ➡	0,1938
			100 ml	19,38 ➡	0,1938
02293579	<i>Taro-Cefprozil</i>	Sun Pharma	75 ml	14,54 ➡	0,1938
			100 ml	19,38 ➡	0,1938

CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE)

Pd. Inj.			1 g PPB		
00886971	<i>Ceftazidime pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 18,85	
02437848	<i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Sterimax	10	188,50 ➡	18,8500

Pd. Inj.			2 g PPB		
00886955	<i>Ceftazidime pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 37,10	
02437856	<i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Sterimax	10	371,00 ➡	37,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.					
				6 g PPB	
00886963	<i>Ceftazidime pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 111,29	
02437864	<i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Sterimax	1	➡ 111,29	

CEFTRIAXONE SODIQUE

Pd. Inj.					
				1 g PPB	
02325616	<i>Ceftriaxone</i>	Sterimax	10	124,90	➡ 12,4900
02292270	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Sandoz	10	124,90	➡ 12,4900
02287633	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Novopharm	1	12,49	R

Pd. Inj.					
				2 g PPB	
02325624	<i>Ceftriaxone</i>	Sterimax	10	344,85	➡ 34,4850
02292289	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Sandoz	10	344,85	➡ 34,4850

Pd. Inj.					
				10 g PPB	
02325632	<i>Ceftriaxone</i>	Sterimax	1	➡ 153,00	
02292297	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Sandoz	1	➡ 153,00	

Pd. Inj.					
				250 mg	
02325594	<i>Ceftriaxone sodique pour injection BP</i>	Sterimax	10	56,43	5,6430

CÉFUROXIME AXETIL

Co.					
				250 mg PPB	
02244393	<i>Apo-Cefuroxime</i>	Apotex	60	25,16	➡ 0,4194
			100	41,94	➡ 0,4194
02344823	<i>Auro-Cefuroxime</i>	AuroPharma	60	25,16	➡ 0,4194
02547198	<i>JAMP Cefuroxime</i>	Jamp	60	25,16	➡ 0,4194

Co.					
				500 mg PPB	
02244394	<i>Apo-Cefuroxime</i>	Apotex	60	49,85	➡ 0,8308
			100	83,08	➡ 0,8308
02344831	<i>Auro-Cefuroxime</i>	AuroPharma	60	49,85	➡ 0,8308
02547201	<i>JAMP Cefuroxime</i>	Jamp	60	49,85	➡ 0,8308

Susp. Orale					
				125 mg/5 mL	
02212307	<i>Ceftin</i>	Sandoz	70 ml	11,57	0,1653
			100 ml	16,52	0,1652

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CÉFUROXIME SODIQUE

Pd. Inj.

1,5 g **PPB**

02241639	<i>Céfuroxime pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 28,04	
02422301	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Hikma	25	701,00	➡ 28,0400

Pd. Inj.

7,5 g

02422328	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Hikma	10	1051,40	105,1400

Pd. Inj.

750 mg **PPB**

02241638	<i>Céfuroxime pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 14,01	
02422298	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Hikma	25	350,25	➡ 14,0100

CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE)

Co. ou Caps.

250 mg **PPB**

00768723	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	100	8,66	➡ 0,0866
			1000	86,60	➡ 0,0866
02470578	<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	100	8,66	➡ 0,0866
			500	43,30	➡ 0,0866
02521253	<i>Cephalexin</i>	Sanis	100	8,66	➡ 0,0866
02494698	<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	100	8,66	➡ 0,0866
02471140	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100	8,66	➡ 0,0866
00583413	<i>Teva-Cephalexin</i>	Teva Can	100	8,66	➡ 0,0866

Co. ou Caps.

500 mg **PPB**

00768715	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02470586	<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02521261	<i>Cephalexin</i>	Sanis	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02495651	<i>Cephalexin</i>	Sivem	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02494701	<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02471159	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
00583421	<i>Teva-Cephalexin</i>	Teva Can	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			125 mg/5 mL PPB		
02497743	<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	100 ml	14,62	➡ 0,1462
			150 ml	21,93	➡ 0,1462
02528436	<i>Jamp Cephalexin Suspension</i>	Jamp	150 ml	21,93	➡ 0,1462
02469170	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100 ml	14,62	➡ 0,1462
			150 ml	21,93	➡ 0,1462
00342106	<i>Teva-Lexin 125</i>	Teva Can	100 ml	14,62	➡ 0,1462
			150 ml	21,93	➡ 0,1462

Susp. Orale			250 mg/5 mL PPB		
02497751	<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	100 ml	25,73	➡ 0,2573
			150 ml	38,60	➡ 0,2573
02528444	<i>Jamp Cephalexin Suspension</i>	Jamp	100 ml	25,73	➡ 0,2573
			150 ml	38,60	➡ 0,2573
02469189	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100 ml	25,73	➡ 0,2573
			150 ml	38,60	➡ 0,2573
02562596	<i>Pro-Cephalexin</i>	Pro Doc	100 ml	25,73	➡ 0,2573
			150 ml	38,60	➡ 0,2573
00342092	<i>Teva-Lexin 250</i>	Teva Can	100 ml	25,73	➡ 0,2573
			150 ml	38,60	➡ 0,2573

8:12.07
BÊTA-LACTAMINES DIVERSES
CÉFOXITINE SODIQUE

Pd. Inj.			1 g		
02128187	<i>Cefoxitine</i>	Teva Can	1	10,60	

Pd. Inj.			2 g		
02128195	<i>Cefoxitine</i>	Teva Can	1	21,25	

ERTAPÉNEM SODIQUE

Pd. Inj.			1 g PPB		
02492148	<i>Ertapénem pour injection</i>	AuroPharma	10	464,39	➡ 46,4390
02511150	<i>Ertapénem pour injection</i>	Dr Reddy's	10	464,39	➡ 46,4390
02496127	<i>Ertapénem pour injection</i>	Fresenius	10	464,39	➡ 46,4390
02490773	<i>Ertapénem pour injection</i>	Juno	10	464,39	➡ 46,4390
02247437	<i>Invanz</i>	Merck	10	464,39	➡ 46,4390

IMPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE

Pd. Inj. I.V.			500 mg -500 mg		
02351706	<i>Taro-Imipenem-Cilastatin</i>	Sun Pharma	30	658,20	21,9400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MEROPENEM

Pd. Inj.

1 g **PPB**

02378795	<i>Meropenem</i>	Sandoz	10	184,45	➡ 18,4450
02462893	<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	10	184,45	➡ 18,4450
02493349	<i>Meropenem pour Injection</i>	Sterimax	10	184,45	➡ 18,4450
02536374	<i>Méropénem pour injection</i>	Jamp	1	➡ 18,45	
02415224	<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	1	➡ 18,45	
02421526	<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	10	184,45	➡ 18,4450

Pd. Inj.

500 mg **PPB**

02378787	<i>Meropenem</i>	Sandoz	10	92,22	➡ 9,2223
02462885	<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	10	92,22	➡ 9,2223
02493330	<i>Méropénem pour injection</i>	Sterimax	10	92,22	➡ 9,2223
02415216	<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	1	➡ 9,22	
02421518	<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	10	92,22	➡ 9,2223

8:12.12

MACROLIDES

AZITHROMYCINE

Co.

250 mg **PPB**

02480700	<i>AG-Azithromycin</i>	Angita	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02415542	<i>Apo-Azithromycin Z</i>	Apotex	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02330881	<i>Azithromycin</i>	Sanis	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02442434	<i>Azithromycin</i>	Sivem	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02545969	<i>DAC Azithromycin</i>	Dac Pharma	6	5,65	➡ 0,9410
02452308	<i>Jamp-Azithromycin</i>	Jamp	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02452324	<i>Mar-Azithromycin</i>	Marcan	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02502038	<i>M-Azithromycin</i>	Mantra Ph.	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02267845	<i>Novo-Azithromycin</i>	Novopharm	6	5,65	R
			30	28,23	R
02479680	<i>NRA-Azithromycin</i>	Nora	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02261634	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02310600	<i>Pro-Azithromycine</i>	Pro Doc	6	5,65	➡ 0,9410
02275309	<i>Riva-Azithromycin</i>	Riva	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410
02265826	<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	6	5,65	➡ 0,9410
			100	94,10	➡ 0,9410

Co.

600 mg

02261642	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	30	319,96	10,6652

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pd. Perf. I.V.

500 mg **PPB**

02465604	<i>Azithromycine pour injection</i>	AuroPharma	10	145,60	➡ 14,5600
02523825	<i>Azithromycine pour injection</i>	Jamp	10	145,60	➡ 14,5600
02483890	<i>Azithromycine pour injection</i>	Sterimax	10	145,60	➡ 14,5600

Susp. Orale

100 mg/5 mL **PPB**

02482363	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	15 ml	5,59	➡ 0,3726
02332388	<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	15 ml	8,82	➡ 0,5880

Susp. Orale

200 mg/5 mL **PPB**

02482371	<i>Auro-Azithromycin</i>	AuroPharma	15 ml	7,92	➡ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➡ 0,5280
			37,5 ml	19,80	➡ 0,5280
02332396	<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	15 ml	12,49	➡ 0,8327
			22,5 ml	18,74	➡ 0,8329
			37,5 ml	31,24	➡ 0,8330

CLARITHROMYCINE

Co.

500 mg **PPB**

02274752	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	100	83,18	➡ 0,8318
02126710	<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	100	326,62	➡ 3,2662
02324490	<i>Clarithromycin</i>	Pro Doc	100	83,18	➡ 0,8318
02466139	<i>Clarithromycin</i>	Sanis	100	83,18	➡ 0,8318
02442485	<i>Clarithromycin</i>	Sivem	100	83,18	➡ 0,8318
02471396	<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	100	83,18	➡ 0,8318
02266547	<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	100	83,18	➡ 0,8318
02361434	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Sun Pharma	100	83,18	➡ 0,8318
			500	415,90	➡ 0,8318

Co. ou Co. L.A.

250 mg / 500 mg L.A. **PPB**

02403196	<i>ACT Clarithromycin XL</i>	Teva Can	60	49,46	➡ 0,8243
02274744	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	100	41,22	➡ 0,4122
02413345	<i>Apo-Clarithromycin XL</i>	Apotex	100	82,43	➡ 0,8243
01984853	<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	100	161,27	➡ 1,6127
02324482	<i>Clarithromycin</i>	Pro Doc	100	41,22	➡ 0,4122
02466120	<i>Clarithromycin</i>	Sanis	100	41,22	➡ 0,4122
02442469	<i>Clarithromycin</i>	Sivem	100	41,22	➡ 0,4122
02471388	<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	100	41,22	➡ 0,4122
02266539	<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	100	41,22	➡ 0,4122
02361426	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Sun Pharma	100	41,22	➡ 0,4122
			500	206,08	➡ 0,4122

Susp. Orale

125 mg/5 mL **PPB**

02146908	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	55 ml	15,77	➡ 0,2867
			105 ml	30,09	➡ 0,2866
02390442	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	55 ml	13,13	➡ 0,2388
			105 ml	25,07	➡ 0,2388

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			250 mg/5 mL PPB		
02244641	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	105 ml	57,89	0,5513
02390450	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	105 ml	49,19 ➡	0,4685

8:12.16

PÉNICILLINES

AMOXICILLINE

Caps.			250 mg PPB		
02525348	<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	100	6,72 ➡	0,0672
00628115	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100	6,72 ➡	0,0672
			1000	67,20 ➡	0,0672
02388073	<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	100	6,72 ➡	0,0672
			500	33,60 ➡	0,0672
02433060	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100	6,72 ➡	0,0672
			1000	67,20 ➡	0,0672
00406724	<i>Novamoxin</i>	Teva Can	100	6,72 ➡	0,0672
02532042	<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	100	6,72 ➡	0,0672

Caps.			500 mg PPB		
02477726	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	100	13,08 ➡	0,1308
			500	65,40 ➡	0,1308
02401509	<i>Amoxicillin</i>	Sivem	100	13,08 ➡	0,1308
			500	65,40 ➡	0,1308
02525356	<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	500	65,40 ➡	0,1308
00628123	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100	13,08 ➡	0,1308
			500	65,40 ➡	0,1308
02388081	<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	100	13,08 ➡	0,1308
			500	65,40 ➡	0,1308
02433079	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100	13,08 ➡	0,1308
			500	65,40 ➡	0,1308
00406716	<i>Novamoxin</i>	Teva Can	100	13,08 ➡	0,1308
			500	65,40 ➡	0,1308
00644315	<i>Pro-Amox-500</i>	Pro Doc	500	65,40 ➡	0,1308
02532050	<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	500	65,40 ➡	0,1308

Co. Croq.			250 mg		
02036355	<i>Teva-Amoxicillin</i>	Teva Can	100	61,38	0,6138

Susp. Orale			125 mg/5 mL PPB		
00628131	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100 ml	2,47 ➡	0,0247
			150 ml	3,71 ➡	0,0247
02458586	<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
02535793	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100 ml	2,47 ➡	0,0247
			150 ml	3,71 ➡	0,0247

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Susp. Orale

250 mg/5 mL **PPB**

02537451	AG-Amoxicillin	Angita	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
02352753	Amoxicillin	Sanis	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
02352788	Amoxicillin	Sanis	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
02401541	Amoxicillin	Sivem	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
00628158	Apo-Amoxi	Apotex	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
02458594	Auro-Amoxicillin	AuroPharma	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
02535815	Jamp-Amoxicillin	Jamp	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
01934163	Novamoxin	Teva Can	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
00452130	Novamoxin 250	Teva Can	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
00644331	Pro-Amox-250	Pro Doc	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540
02495864	Sandoz Amoxicillin	Sandoz	100 ml	5,40	➡	0,0540
			150 ml	8,10	➡	0,0540

AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM

Co.

250 mg -125 mg **PPB**

02243350	Apo-Amoxi Clav	Apotex	100	24,67	➡	0,2467
02471671	Auro-Amoxiclav	AuroPharma	100	24,67	➡	0,2467
02508249	Jamp Amoxi Clav	Jamp	100	24,67	➡	0,2467

Co.

500 mg -125 mg **PPB**

02510634	AG-Amoxi Clav	Angita	100	37,78	➡	0,3778
02536021	Amoxicillin/Clav	Sanis	100	37,78	➡	0,3778
02243351	Apo-Amoxi Clav	Apotex	100	37,78	➡	0,3778
02471698	Auro-Amoxiclav	AuroPharma	100	37,78	➡	0,3778
02508257	Jamp Amoxi Clav	Jamp	100	37,78	➡	0,3778
02536498	Pro-Amoxi Clav	Pro Doc	100	37,78	➡	0,3778
02482576	Sandoz Amoxi-Clav	Sandoz	100	37,78	➡	0,3778

Co.

875 mg -125 mg **PPB**

02510642	AG-Amoxi Clav	Angita	100	55,50	➡	0,5550
02536048	Amoxicillin/Clav	Sanis	100	55,50	➡	0,5550
02245623	Apo-Amoxi Clav	Apotex	100	55,50	➡	0,5550
02471701	Auro-Amoxiclav	AuroPharma	100	55,50	➡	0,5550
02508265	Jamp Amoxi Clav	Jamp	100	55,50	➡	0,5550
02536501	Pro-Amoxi Clav	Pro Doc	100	55,50	➡	0,5550
02482584	Sandoz Amoxi-Clav	Sandoz	100	55,50	➡	0,5550

Susp. Orale

125 mg -31,25 mg/5 mL

01916882	Clavulin-125 F	GSK	100 ml	9,50		0,0950

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale					
			200 mg -28,5 mg/5 mL	PPB	
02238831	Clavulin-200	GSK	70 ml	9,39	0,1341
02539411	JAMP Amoxi Clav Suspension	Jamp	70 ml	7,05 ➡	0,1007
Susp. Orale					
			250 mg -62,5 mg/5 mL	PPB	
01916874	Clavulin-250 F	GSK	100 ml	18,72	0,1872
02539438	JAMP Amoxi Clav Suspension	Jamp	100 ml	12,16 ➡	0,1216
02542226	M-Amoxi Clav	Mantra Ph.	100 ml	12,16 ➡	0,1216
Susp. Orale					
			400 mg - 57 mg/5mL	PPB	
02238830	Clavulin-400	GSK	70 ml	17,95	0,2564
02539446	JAMP Amoxi Clav Suspension	Jamp	70 ml	11,14 ➡	0,1591
02530694	M-Amoxi Clav	Mantra Ph.	70 ml	11,14 ➡	0,1591
AMPICILLINE					
Caps.					
			250 mg		
00020877	Teva-Ampicillin	Teva Can	100	30,71	0,3071
Caps.					
			500 mg		
00020885	Teva-Ampicillin	Teva Can	100	59,55	0,5955
AMPICILLINE SODIQUE					
Pd. Inj.					
			1 g	PPB	
02227002	Ampicilline pour injection	Fresenius	1	➡ 3,60	
01933345	Ampicilline Sodique	Novopharm	1	➡ 3,60	
02462338	Ampicilline sodique pour injection	AuroPharma	10	36,00 ➡	3,6000
Pd. Inj.					
			2 g	PPB	
02226995	Ampicillin pour Injection	Fresenius	1	➡ 7,20	
01933353	Ampicilline Sodique	Teva Can	1	➡ 7,20	
02462346	Ampicilline sodique pour injection	AuroPharma	10	72,00 ➡	7,2000
Pd. Inj.					
			250 mg	PPB	
02227029	Ampicilline pour injection	Fresenius	1	➡ 2,05	
00872644	Ampicilline Sodique	Novopharm	1	➡ 2,05	
02462303	Ampicilline sodique pour injection	AuroPharma	10	20,50 ➡	2,0500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj. 500 mg PPB					
02227010	<i>Ampicilline pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 2,15	
00872652	<i>Ampicilline Sodique</i>	Novopharm	1	➡ 2,15	
02462311	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	AuroPharma	10	21,50 ➡	2,1500

CLOXACILLINE SODIQUE

Caps. 250 mg PPB					
02510731	<i>JAMP Cloxacillin</i>	Jamp	100	21,41 ➡	0,2141
00337765	<i>Teva-Cloxacillin</i>	Teva Can	100	21,41 ➡	0,2141

Caps. 500 mg PPB					
02510758	<i>JAMP Cloxacillin</i>	Jamp	100	40,45 ➡	0,4045
00337773	<i>Teva-Cloxacillin</i>	Teva Can	100	40,45 ➡	0,4045

Pd. Inj. 2 g					
* 02367424	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	10	334,74	33,4740

Pd. Inj. 10 g					
* 02400081	<i>Cloxacilline pour injection</i>	Sterimax	1	42,03	

Pd. Inj. 500 mg					
02367408	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	10	68,77	6,8770

Susp. Orale 125 mg/5 mL					
00337757	<i>Teva-Cloxacillin Solution</i>	Teva Can	100 ml	6,06	0,0606

PÉNICILLINE G (BENZATHINE)

Susp. Inj. I.M. 1 200 000 UI / 2 mL					
02291924	<i>Bicillin L-A</i>	Pfizer	10	406,96	40,6960

PÉNICILLINE G SODIQUE

Pd. Inj. 1 000 000 U					
01930672	<i>Pénicilline G</i>	Novopharm	1	2,40	R

Pd. Inj. 10 000 000 U					
01930680	<i>Pénicilline G</i>	Novopharm	1	8,90	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**PHÉNOXYMÉTHYLPÉNICILLINE (BASE OU SEL POTASSIQUE) **

Co.

250 mg à 300 mg

00642215	Pen-VK	AA Pharma	100 1000	18,73 187,30	0,1873 0,1873

**PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE **

Pd. Perf. I.V.

2 g -0,25 g **PPB**

02362619	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax	10	41,70 ➡	4,1700
02402068	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	AuroPharma	10	41,70 ➡	4,1700
02528673	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	EUGIA Ph	10	41,70 ➡	4,1700
02299623	<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 4,17	

Pd. Perf. I.V.

3 g -0,375 g **PPB**

02362627	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax	10	62,59 ➡	6,2590
02402076	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	AuroPharma	10	62,59 ➡	6,2590
02528703	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	EUGIA Ph	10	62,59 ➡	6,2590
02299631	<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 6,26	

Pd. Perf. I.V.

4 g -0,5 g **PPB**

02362635	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax	10	83,46 ➡	8,3458
02402084	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	AuroPharma	10	83,46 ➡	8,3458
02528711	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	EUGIA Ph	10	83,46 ➡	8,3458
02299658	<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 8,35	

Pd. Perf. I.V.

12 g - 1,5 g **PPB**

02377748	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax	1	➡ 36,33	
02330547	<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 36,33	

Pd. Perf. I.V.

36 g - 4,5 g **PPB**

02521539	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sandoz	1	➡ 108,99	
02439131	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax	1	➡ 108,99	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.18

QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

250 mg **PPB**

02247339	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	Teva Can	100	44,54	➡	0,4454
02381907	<i>Auro-Ciprofloxacin</i>	AuroPharma	100	44,54	➡	0,4454
			500	222,70	➡	0,4454
02353318	<i>Ciprofloxacin</i>	Sanis	100	44,54	➡	0,4454
02386119	<i>Ciprofloxacin</i>	Sivem	100	44,54	➡	0,4454
02380358	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	100	44,54	➡	0,4454
02379686	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	100	44,54	➡	0,4454
02248437	<i>pms-Ciprofloxacin</i>	Phmscience	100	44,54	➡	0,4454
02317796	<i>Pro-Ciprofloxacin</i>	Pro Doc	100	44,54	➡	0,4454
02248756	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	100	44,54	➡	0,4454
02303728	<i>Taro-Ciproflox</i>	Sun Pharma	100	44,54	➡	0,4454

Co.

500 mg **PPB**

02247340	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	Teva Can	100	50,25	➡	0,5025
02476592	<i>AG-Ciprofloxacin</i>	Angita	100	50,25	➡	0,5025
02381923	<i>Auro-Ciprofloxacin</i>	AuroPharma	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02444887	<i>Bio-Ciprofloxacin</i>	Biomed	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02353326	<i>Ciprofloxacin</i>	Sanis	100	50,25	➡	0,5025
02386127	<i>Ciprofloxacin</i>	Sivem	100	50,25	➡	0,5025
02547147	<i>DAC Ciprofloxacin</i>	Dac Pharma	100	50,25	➡	0,5025
02380366	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02379694	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	100	50,25	➡	0,5025
02423561	<i>Mint-Ciproflox</i>	Mint	100	50,25	➡	0,5025
02492008	<i>NRA-Ciprofloxacin</i>	Nora	100	50,25	➡	0,5025
02248438	<i>pms-Ciprofloxacin</i>	Phmscience	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02317818	<i>Pro-Ciprofloxacin</i>	Pro Doc	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02251248	<i>Riva-Ciprofloxacin</i>	Riva	100	50,25	➡	0,5025
			500	251,25	➡	0,5025
02248757	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	100	50,25	➡	0,5025
02303736	<i>Taro-Ciproflox</i>	Sun Pharma	100	50,25	➡	0,5025

Co.

750 mg **PPB**

02247341	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	Teva Can	50	46,01	➡	0,9201
02380374	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	50	46,01	➡	0,9201
02379708	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	50	46,01	➡	0,9201
02248439	<i>pms-Ciprofloxacin</i>	Phmscience	100	92,01	➡	0,9201
02248758	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	50	46,01	➡	0,9201
02303744	<i>Taro-Ciproflox</i>	Sun Pharma	100	92,01	➡	0,9201

Co. L.A.

500 mg

02416433	<i>pms-Ciprofloxacin XL</i>	Phmscience	100	173,77		1,7377

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Perf. I.V.

2 mg/mL

02304759	<i>Ciprofloxacin pour perfusion intraveineuse</i>	Sandoz	100 ml 200 ml	17,92 35,84	

Susp. Orale

500 mg/5 mL

02237514	<i>Cipro</i>	Bayer	100 ml	53,23	0,5323

LÉVOFLOXACINE

Co.

250 mg **PPB**

02315424	<i>ACT Levofloxacin</i>	Teva Can	50	60,19	R
02284707	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	50	60,19	➡ 1,2038
			100	120,38	➡ 1,2038
02508443	<i>JAMP Levofloxacin</i>	Jamp	50	60,19	➡ 1,2038
02505797	<i>Mint-Levofloxacin</i>	Mint	100	120,38	➡ 1,2038
02492725	<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	100	120,38	➡ 1,2038
02298635	<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	50	60,19	➡ 1,2038

Co.

500 mg **PPB**

02315432	<i>ACT Levofloxacin</i>	Teva Can	100	137,18	R
02284715	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	50	68,59	➡ 1,3718
			100	137,18	➡ 1,3718
02508451	<i>JAMP Levofloxacin</i>	Jamp	100	137,18	➡ 1,3718
02415879	<i>Levofloxacin</i>	Pro Doc	100	137,18	➡ 1,3718
02505819	<i>Mint-Levofloxacin</i>	Mint	100	137,18	➡ 1,3718
02492733	<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	100	137,18	➡ 1,3718
02298643	<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	100	137,18	➡ 1,3718

Co.

750 mg **PPB**

02315440	<i>ACT Levofloxacin</i>	Teva Can	50	133,02	R
02325942	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	30	79,81	➡ 2,6604
			100	266,04	➡ 2,6604
02508478	<i>JAMP Levofloxacin</i>	Jamp	50	133,02	➡ 2,6604
02505800	<i>Mint-Levofloxacin</i>	Mint	100	266,04	➡ 2,6604
02492741	<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	100	266,04	➡ 2,6604
02298651	<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	50	133,02	➡ 2,6604

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				400 mg	PPB	
	02478137	AG-Moxifloxacin	Angita	30	45,69	➡ 1,5230
*	02404923	Apo-Moxifloxacin	Apotex	30	45,69	R
	02432242	Auro-Moxifloxacin	AuroPharma	30	45,69	➡ 1,5230
				100	152,30	➡ 1,5230
	02443929	Jamp-Moxifloxacin	Jamp	30	45,69	➡ 1,5230
	02447061	Jamp-Moxifloxacin Tablets	Jamp	100	152,30	➡ 1,5230
	02447053	Mar-Moxifloxacin	Marcan	100	152,30	➡ 1,5230
	02472791	M-Moxifloxacin	Mantra Ph.	30	45,69	➡ 1,5230
				100	152,30	➡ 1,5230
	02462974	Moxifloxacin	Pro Doc	30	45,69	➡ 1,5230
	02520710	Moxifloxacin	Sanis	30	45,69	➡ 1,5230
	02383381	Sandoz Moxifloxacin	Sandoz	30	45,69	➡ 1,5230
	02375702	Teva-Moxifloxacin	Teva Can	30	45,69	➡ 1,5230

NORFLOXACINE

Co.				400 mg	
	02229524	Norflox	AA Pharma	100	185,86 1,8586

8:12.20

SULFAMIDES

SULFASALAZINE

Co.				500 mg	PPB	
	02544652	JAMP Sulfasalazine	Jamp	500	90,35	➡ 0,1807
	00598461	pms-Sulfasalazine	Phmscience	500	90,35	➡ 0,1807

Co. Ent.				500 mg	
	00598488	pms-Sulfasalazine-E.C.	Phmscience	100	38,63 0,3863

TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOXAZOLE

Co.				20 mg -100 mg	
	* 00445266	Sulfatrim-PED	AA Pharma	100	9,64 0,0964

Co.				80 mg -400 mg	
	00445274	Sulfatrim	AA Pharma	100	21,84 0,2184

Co.				160 mg -800 mg	
	00445282	Sulfatrim-DS	AA Pharma	500	61,05 0,1221

Susp. Orale				40 mg -200 mg/5 mL	
	00726540	Teva-Sulfamethoxazole	Teva Can	100 ml 400 ml	9,68 38,72 R R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:12.24

TÉTRACYCLINES

DOXYCYCLINE (HYCLATE DE)

Caps. ou Co.

100 mg **PPB**

02556928	<i>AG-Doxycycline</i>	Angita	100	45,60	➡	0,4560
00740713	<i>Apo-Doxy</i>	Apotex	100	45,60	➡	0,4560
			250	114,00	➡	0,4560
00874256	<i>Apo-Doxy-Tabs</i>	Apotex	100	45,60	➡	0,4560
00860751	<i>Doxycin (co.)</i>	Riva	100	45,60	➡	0,4560
			300	136,80	➡	0,4560
02351234	<i>Doxycycline (Caps.)</i>	Sanis	100	45,60	➡	0,4560
			200	91,20	➡	0,4560
02351242	<i>Doxycycline (Co.)</i>	Sanis	100	45,60	➡	0,4560
00887064	<i>Doxytab</i>	Pro Doc	100	45,60	➡	0,4560
02528940	<i>Jamp Doxycycline Capsules</i>	Jamp	100	45,60	➡	0,4560
02554372	<i>JAMP Doxycycline Tablets</i>	Jamp	100	45,60	➡	0,4560
02543478	<i>M-Doxycycline</i>	Mantra Ph.	100	45,60	➡	0,4560
02558505	<i>NRA-Doxycycline</i>	Nora	100	45,60	➡	0,4560
02536250	<i>PRZ-Doxycycline</i>	Pharmaris	100	45,60	➡	0,4560
00725250	<i>Teva-Doxycycline</i>	Teva Can	100	45,60	➡	0,4560
			200	91,20	➡	0,4560
02158574	<i>Teva-Doxycycline (Co.)</i>	Teva Can	100	45,60	➡	0,4560

MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

50 mg

02084090	<i>Minocycline</i>	AA Pharma	100	56,16		0,5616

Caps.

100 mg

02084104	<i>Minocycline</i>	AA Pharma	100	108,36		1,0836

TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

250 mg

00580929	<i>Tetracycline</i>	AA Pharma	100	6,70		0,0670
			1000	67,00		0,0670

8:12.28

ANTIBACTÉRIENS, DIVERS

CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

150 mg **PPB**

02485109	<i>AG-Clindamycin</i>	Angita	100	22,17	➡	0,2217
02436906	<i>Auro-Clindamycin</i>	AuroPharma	100	22,17	➡	0,2217
02400529	<i>Clindamycin</i>	Sanis	100	22,17	➡	0,2217
02483734	<i>Jamp-Clindamycin</i>	Jamp	100	22,17	➡	0,2217
02479923	<i>M-Clindamycin</i>	Mantra Ph.	100	22,17	➡	0,2217
02462656	<i>Med-Clindamycin</i>	GMP	100	22,17	➡	0,2217
02493748	<i>NRA-Clindamycin</i>	Nora	100	22,17	➡	0,2217
02468476	<i>Riva-Clindamycin</i>	Riva	100	22,17	➡	0,2217
02241709	<i>Teva-Clindamycin</i>	Teva Can	100	22,17	➡	0,2217

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

300 mg **PPB**

02485117	<i>AG-Clindamycin</i>	Angita	100	44,34	➡ 0,4434
02436914	<i>Auro-Clindamycin</i>	AuroPharma	100	44,34	➡ 0,4434
02400537	<i>Clindamycin</i>	Sanis	100	44,34	➡ 0,4434
02483742	<i>Jamp-Clindamycin</i>	Jamp	100	44,34	➡ 0,4434
02479931	<i>M-Clindamycin</i>	Mantra Ph.	100	44,34	➡ 0,4434
02462664	<i>Med-Clindamycin</i>	GMP	100	44,34	➡ 0,4434
02493756	<i>NRA-Clindamycin</i>	Nora	100	44,34	➡ 0,4434
02468484	<i>Riva-Clindamycin</i>	Riva	100	44,34	➡ 0,4434
02241710	<i>Teva-Clindamycin</i>	Teva Can	100	44,34	➡ 0,4434

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)

Sol. Inj.

150 mg/mL **PPB**

02230540	<i>Clindamycine Injection</i>	Sandoz	2 ml	➡ 6,50	
			4 ml	➡ 13,00	
			6 ml	➡ 18,50	
00260436	<i>Dalacin C</i>	Pfizer	2 ml	6,88	
			4 ml	13,76	
			6 ml	18,75	

CLINDAMYCINE PALMITATE (CHLORHYDRATE DE)

Susp. Orale

75 mg/5 mL

00225851	<i>Dalacin C</i>	Pfizer	100 ml	31,52	0,3152

COLISTIMÉTHATE SODIQUE

Pd. Inj.

150 mg **PPB**

02244849	<i>Colistimethate</i>	Sterimax	1	➡ 13,56	
02546639	<i>Colistiméthate pour injection</i>	Marcan	1	➡ 13,56	
02403544	<i>Colistiméthate pour injection, USP</i>	Fresenius	1	➡ 13,56	
00476420	<i>Coly-Mycin M Parentéral</i>	Search Phm	1	30,42	

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

125 mg **PPB**

02407744	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	20	103,60	➡ 5,1800
02406497	<i>pms-Vancomycin</i>	Phmscience	20	103,60	➡ 5,1800
00800430	<i>Vancocin</i>	Search Phm	20	103,60	➡ 5,1800

Caps.

250 mg **PPB**

02407752	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	20	207,20	➡ 10,3600
02406500	<i>pms-Vancomycin</i>	Phmscience	20	207,20	➡ 10,3600
00788716	<i>Vancocin</i>	Search Phm	20	207,20	➡ 10,3600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pd. Perf. I.V.

1 g **PPB**

02139383	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Fresenius	10	187,81 ➡	18,7810
02543982	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Hikma	10	187,81 ➡	18,7810
02502607	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Jamp	10	187,81 ➡	18,7810
02406543	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Marcan	10	187,81 ➡	18,7810
02394634	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP</i>	Sandoz	10	187,81 ➡	18,7810
02342863	<i>Vancomycin pour injection USP</i>	Sterimax	10	187,81 ➡	18,7810

Pd. Perf. I.V.

5 g **PPB**

02139243	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 102,45	
02406551	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Marcan	1	➡ 102,45	
02405822	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Sterimax	1	➡ 102,45	
02420317	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	1	➡ 102,45	
02394642	<i>Vancomycine</i>	Sandoz	1	➡ 102,45	

Pd. Perf. I.V.

10 g **PPB**

02241807	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 589,90	
02420325	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	1	➡ 589,90	
02405830	<i>Vancomycin pour injection USP</i>	Sterimax	1	➡ 589,90	

Pd. Perf. I.V.

500 mg **PPB**

02139375	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Fresenius	10	98,67 ➡	9,8669
02543974	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Hikma	10	98,67 ➡	9,8669
02502593	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Jamp	10	98,67 ➡	9,8669
02406535	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Marcan	10	98,67 ➡	9,8669
02394626	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP</i>	Sandoz	10	98,67 ➡	9,8669
02342855	<i>Vancomycin pour injection USP</i>	Sterimax	10	98,67 ➡	9,8669

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:14.04

ALLYLAMINES

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

250 mg **PPB**

* 02254727	<i>ACT Terbinafine</i>	Teva Can	30	23,14	R
			100	77,14	R
02239893	<i>Apo-Terbinafine</i>	Apotex	30	23,14	➡ 0,7714
			100	77,14	➡ 0,7714
02320134	<i>Auro-Terbinafine</i>	AuroPharma	28	21,60	➡ 0,7714
			100	77,14	➡ 0,7714
02294273	<i>pms-Terbinafine</i>	Phmscience	30	23,14	➡ 0,7714
			100	77,14	➡ 0,7714
02353121	<i>Terbinafine</i>	Sanis	30	23,14	➡ 0,7714
			100	77,14	➡ 0,7714
02385279	<i>Terbinafine</i>	Sivem	30	23,14	➡ 0,7714
			100	77,14	➡ 0,7714
02242735	<i>Terbinafine-250</i>	Pro Doc	30	23,14	➡ 0,7714
			100	77,14	➡ 0,7714

8:14.08

AZOLES

FLUCONAZOLE

Caps.

150 mg **PPB**

02241895	<i>Apo-Fluconazole-150</i>	Apotex	1	➡	3,64
02462168	<i>Bio-Fluconazole</i>	Biomed	1	➡	3,64
02521229	<i>Fluconazole-150</i>	Sanis	1	➡	3,64
02547864	<i>JAMP Fluconazole 150</i>	Jamp	1	➡	3,64
02432471	<i>Jamp-Fluconazole</i>	Jamp	1	➡	3,64
02428792	<i>Mar-Fluconazole-150</i>	Marcan	1	➡	3,64
02553406	<i>M-Fluconazole-150</i>	Mantra Ph.	1	➡	3,64
02433702	<i>NRA-Fluconazole</i>	Nora	1	➡	3,64
02255510	<i>Riva-Fluconazole</i>	Riva	1	➡	3,64

FLUCONAZOLE

Co.

50 mg **PPB**

* 02281260	<i>ACT Fluconazole</i>	Teva Can	50	64,52	R
02237370	<i>Apo-Fluconazole</i>	Apotex	50	64,52	➡ 1,2904
02517396	<i>Fluconazole</i>	Sanis	50	64,52	➡ 1,2904
02534886	<i>Fluconazole</i>	Sivem	50	64,52	➡ 1,2904
02245292	<i>Mylan-Fluconazole</i>	Mylan	50	64,52	➡ 1,2904
02236978	<i>Novo-Fluconazole</i>	Novopharm	100	129,04	R
02245643	<i>pms-Fluconazole</i>	Phmscience	50	64,52	➡ 1,2904

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

100 mg **PPB**

* 02281279	<i>ACT Fluconazole</i>	Teva Can	50	114,45	R
02237371	<i>Apo-Fluconazole</i>	Apotex	50	114,45	➡ 2,2890
02517418	<i>Fluconazole</i>	Sanis	50	114,45	➡ 2,2890
02534894	<i>Fluconazole</i>	Sivem	50	114,45	➡ 2,2890
02245293	<i>Mylan-Fluconazole</i>	Mylan	50	114,45	➡ 2,2890
02236979	<i>Novo-Fluconazole</i>	Novopharm	50	114,45	R
02245644	<i>pms-Fluconazole</i>	Phmscience	50	114,45	➡ 2,2890
02310686	<i>Pro-Fluconazole</i>	Pro Doc	50	114,45	➡ 2,2890

Sol. Perf. I.V.

2 mg/mL **PPB**

00891835	<i>Diffucan</i>	Pfizer	100 ml	37,56	
02388448	<i>Fluconazole</i>	Sandoz	100 ml	➡ 26,87	

ITRACONAZOLE

Caps.

100 mg **PPB**

02462559	<i>Mint-Itraconazole</i>	Mint	30	112,27	➡ 3,7423
02047454	<i>Sporanox</i>	Janss. Inc	28	106,21	3,7932
			30	113,80	3,7932

Sol. Orale

10 mg/mL **PPB**

02484315	<i>Jamp Itraconazole</i>	Jamp	150	61,67	➡ 0,4111
02495988	<i>Odan Itraconazole</i>	Odan	150 ml	61,67	➡ 0,4111

KÉTOCONAZOLE

Co.

200 mg **PPB**

02237235	<i>Apo-Ketoconazole</i>	Apotex	100	93,93	➡ 0,9393
02231061	<i>Teva-Ketoconazole</i>	Teva Can	100	93,93	➡ 0,9393

8:14.28

POLYÈNES

NYSTATINE

Susp. Orale

100 000 U/mL **PPB**

02433443	<i>Jamp-Nystatin</i>	Jamp	100 ml	5,18	➡ 0,0518
			500 ml	25,90	➡ 0,0518
00792667	<i>pms-Nystatin</i>	Phmscience	100 ml	5,18	➡ 0,0518
			500 ml	25,90	➡ 0,0518
* 02194201	<i>Teva-Nystatin</i>	Teva Can	100 ml	5,18	➡ 0,0518
			1000 ml	51,80	➡ 0,0518

8:16.04

ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')

Co.

100 mg

00247960	<i>Etibi</i>	Bausch H.	100	11,00	0,1100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				400 mg	
00247979	<i>Etibi</i>	Bausch H.	100	30,00	0,3000

ISONIAZIDE

Co.				100 mg	
* 00577790	<i>pdp-Isoniazid</i>	Pendopharm	100	106,21	1,0621

Co.				300 mg	
* 00577804	<i>pdp-Isoniazid</i>	Pendopharm	100	92,94	0,9294

Sir.				50 mg/5 mL	
* 00577812	<i>pdp-Isoniazid</i>	Pendopharm	500 ml	148,05	0,2961

PYRAZINAMIDE

Co.				500 mg	
* 00618810	<i>PDP-Pyrazinamide</i>	Pendopharm	100	160,72	1,6072

RIFABUTINE

Caps.				150 mg	
02063786	<i>Mycobutin</i>	Pfizer	100	493,69	4,9369

RIFAMPINE

Caps.				150 mg	
00393444	<i>Rofact 150</i>	Bausch H.	100	60,38	0,6038

Caps.				300 mg	
00343617	<i>Rofact 300</i>	Bausch H.	100	95,03	0,9503

8:16.92

ANTIMYCOBACTÉRIENS, DIVERS

DAPSONE

Co.				100 mg	
02481227	<i>Mar-Dapsone</i>	Marcan	100	119,52	1,1952

8:18.04

ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

Caps.				100 mg	
* 01990403	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	100	53,78	0,5378

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sir.		50 mg/5 mL PPB			
02538601	<i>Odan-Amantadine Sirop</i>	Odan	500 ml	49,40 ➡	0,0988
02022826	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	500 ml	49,40 ➡	0,0988

8:18.08

ANTIRÉTROVIRAUX

ABACAVIR (SULFATE D')

Co.		300 mg PPB			
02396769	<i>Apo-Abacavir</i>	Apotex	60	208,97 ➡	3,4828
02480956	<i>Mint-Abacavir</i>	Mint	60	208,97 ➡	3,4828

Sol. Orale		20 mg/mL			
02240358	<i>Ziagen</i>	ViiV	240 ml	103,26	0,4303

ABACAVIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE

Co.		600 mg - 300 mg PPB			
02399539	<i>Apo-Abacavir-Lamivudine</i>	Apotex	30	179,62 ➡	5,9873
02454513	<i>Auro-Abacavir/Lamivudine</i>	AuroPharma	30	179,62 ➡	5,9873
			60	359,24 ➡	5,9873
02497654	<i>Jamp Abacavir/Lamivudine</i>	Jamp	30	179,62 ➡	5,9873
02269341	<i>Kivexa</i>	ViiV	30	661,99	22,0663
02450682	<i>Mylan-Abacavir/Lamivudine</i>	Mylan	30	179,62 ➡	5,9873
02458381	<i>pms-Abacavir-Lamivudine</i>	Phmscience	30	179,62 ➡	5,9873
02416662	<i>Teva-Abacavir/Lamivudine</i>	Teva Can	30	179,62 ➡	5,9873

ATAZANAVIR (SULFATE D')

Caps.		150 mg PPB			
02513102	<i>Jamp Atazanavir</i>	Jamp	60	170,32 ➡	2,8386
02456877	<i>Mylan-Atazanavir</i>	Mylan	60	170,32 ➡	2,8386
02443791	<i>Teva-Atazanavir</i>	Teva Can	60	170,32 ➡	2,8386

Caps.		200 mg PPB			
02513110	<i>Jamp Atazanavir</i>	Jamp	60	171,31 ➡	2,8552
02456885	<i>Mylan-Atazanavir</i>	Mylan	60	171,31 ➡	2,8552
02248611	<i>Reyataz</i>	B.M.S.	60	651,87	10,8645
02443813	<i>Teva-Atazanavir</i>	Teva Can	60	171,31 ➡	2,8552

Caps.		300 mg PPB			
02513129	<i>Jamp Atazanavir</i>	Jamp	30	168,25 ➡	5,6083
02456893	<i>Mylan-Atazanavir</i>	Mylan	30	168,25 ➡	5,6083
02294176	<i>Reyataz</i>	B.M.S.	30	648,01	21,6003
02443821	<i>Teva-Atazanavir</i>	Teva Can	60	336,50 ➡	5,6083

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**BICTÉGRAVIR SODIQUE/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) **

Co.		50 mg -200 mg -25 mg			
02478579	<i>Biktarvy</i>	Gilead	30	1176,68	39,2227

**CABOTÉGRAVIR SODIQUE **

Co.		30 mg			
02547465	<i>Apretude</i>	ViiV	30	795,47	26,5157
02497204	<i>Vocabria</i>	ViiV	30	795,47	26,5157

Trousse		200 mg /mL (3 mL)			
02547473	<i>Apretude</i>	ViiV	1	1710,00	

**CABOTÉGRAVIR/RILPIVIRINE (EMBALLAGE COMBINÉ) **

Trousse		200 mg/mL - 300 mg/mL			
02497220	<i>Cabenuva</i>	ViiV	2 ml	1209,37	
02497247	<i>Cabenuva</i>	ViiV	3 ml	2418,75	

**DARUNAVIR **

Co.		800 mg PPB			
02487268	<i>Apo-Darunavir</i>	Apotex	30	174,89	➡ 5,8295
02486148	<i>Auro-Darunavir</i>	AuroPharma	30	174,89	➡ 5,8295
02521350	<i>Darunavir</i>	Jamp	30	174,89	➡ 5,8295
02522292	<i>M-Darunavir</i>	Mantra Ph.	30	174,89	➡ 5,8295

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE **

Co.		50 mg PPB			
+ 02556782	<i>pms-Dolutegravir</i>	Phmscience	30	529,58	➡ 17,6525
* 02414945	<i>Tivicay</i>	ViiV	30	555,00	18,5000

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE **

Co.		50 mg - 600 mg - 300 mg			
02430932	<i>Triumeq</i>	ViiV	30	1216,99	40,5663

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/LAMIVUDINE **

Co.		50 mg-300 mg			
02491753	<i>Dovato</i>	ViiV	30	913,20	30,4400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.				50 mg -25 mg	
02475774	Juluca	ViiV	30	1046,10	34,8700

**DORAVIRINE **

Co.				100 mg	
02481545	Pifeltro	Merck	30	499,50	16,6500

**DORAVIRINE/LAMIVUDINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) **

Co.				100 mg -300 mg -300 mg	
02482592	Delstrigo	Merck	30	863,70	28,7900

**ÉFAVIRENZ **

Co.				600 mg	PPB	
02418428	Auro-Efavirenz	AuroPharma	30	114,09	➡	3,8030
			500	1901,50	➡	3,8030
02458233	Jamp-Efavirenz	Jamp	30	114,09	➡	3,8030
02381524	Mylan-Efavirenz	Mylan	30	114,09	➡	3,8030
* 02389762	Teva-Efavirenz	Teva Can	30	114,09		R

**ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) **

Co.				600 mg - 200 mg - 300 mg	PPB	
02468247	Apo-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir	Apotex	30	339,90	➡	11,3300
02478404	Auro-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir	AuroPharma	30	339,90	➡	11,3300
02519461	Jamp Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	Jamp	30	339,90	➡	11,3300
02461412	Mylan-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	Mylan	30	339,90	➡	11,3300
02487284	pms-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir	Phmscience	30	339,90	➡	11,3300
02393549	Teva-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir	Teva Can	30	339,90	➡	11,3300

**ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) **

Co.				150 mg -150 mg -200 mg -10 mg	
02449498	Genvoya	Gilead	30	1314,01	43,8003

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) **

Co. 150 mg -150 mg -200 mg -300 mg					
02397137	<i>Stribild</i>	Gilead	30	1320,00	44,0000

**EMTRICITABINE/ RILPIVIRINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) **

Co. 200 mg - 25 mg - 300 mg					
02374129	<i>Complera</i>	Gilead	30	1176,68	39,2227

**EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) **

Co. 200mg- 300mg PPB					
02496356	<i>AG-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil</i>	Angita	30	211,75 ➡	7,0582
02452006	<i>Apo-Emtricitabine-Tenofovir</i>	Apotex	30	211,75 ➡	7,0582
02490684	<i>Auro-Emtricitabine-Tenofovir</i>	AuroPharma	30	211,75 ➡	7,0582
02487012	<i>Jamp Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate</i>	Jamp	30	211,75 ➡	7,0582
02521547	<i>Mint-Emtricitabine/Tenofovir</i>	Mint	30	211,75 ➡	7,0582
02443902	<i>Mylan-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil</i>	Mylan	30	211,75 ➡	7,0582
02461110	<i>pms-Emtricitabine-Tenofovir</i>	Phmscience	30	211,75 ➡	7,0582
02399059	<i>Teva-Emtricitabine/Tenofovir</i>	Teva Can	30	211,75 ➡	7,0582
02274906	<i>Truvada</i>	Gilead	30	783,06	26,1020

**EMTRICITABINE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) **

Co. 200 mg - 25 mg - 25 mg					
02461463	<i>Odefsey</i>	Gilead	30	1176,68	39,2227

**LAMIVUDINE **

Co. 100 mg PPB					
02393239	<i>Apo-Lamivudine HBV</i>	Apotex	100	261,54 ➡	2,6154
02512467	<i>Jamp Lamivudine HBV</i>	Jamp	100	261,54 ➡	2,6154

Co. 150 mg PPB					
02192683	<i>3TC</i>	ViiV	60	279,05	4,6508
02369052	<i>Apo-Lamivudine</i>	Apotex	60	163,94 ➡	2,7323
02507110	<i>Jamp Lamivudine</i>	Jamp	60	163,94 ➡	2,7323

Co. 300 mg PPB					
02247825	<i>3TC</i>	ViiV	30	279,05	9,3017
02369060	<i>Apo-Lamivudine</i>	Apotex	30	164,57 ➡	5,4857
02507129	<i>Jamp Lamivudine</i>	Jamp	30	164,57 ➡	5,4857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale			10 mg/mL		
02192691	3TC	ViiV	240 ml	72,93	0,3039

LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE

Co.			150 mg -300mg PPB		
02375540	<i>Apo-Lamivudine-Zidovudine</i>	Apotex	100	261,03	➡ 2,6103
02414414	<i>Auro-Lamivudine/ Zidovudine</i>	AuroPharma	60	156,62	➡ 2,6103
			500	1305,15	➡ 2,6103
02502801	<i>Jamp Lamivudine/ Zidovudine</i>	Jamp	60	156,62	➡ 2,6103

LOPINAVIR/ RITONAVIR

Co.			100 mg -25 mg		
02312301	<i>Kaletra</i>	AbbVie	60	157,34	2,6223

Co.			200 mg -50 mg		
02285533	<i>Kaletra</i>	AbbVie	120	644,19	5,3683

Sol. Orale			80 mg - 20 mg/mL		
02243644	<i>Kaletra</i>	AbbVie	160 ml	345,28	2,1580

NÉVIRAPINE

Co.			200 mg PPB		
02318601	<i>Auro-Nevirapine</i>	AuroPharma	60	74,08	➡ 1,2346
02405776	<i>Jamp-Névirapine</i>	Jamp	60	74,08	➡ 1,2346
02387727	<i>Mylan-Nevirapine</i>	Mylan	60	74,08	➡ 1,2346

RALTÉGRAVIR

Co.			400 mg		
02301881	<i>Isentress</i>	Merck	60	690,00	11,5000

Co.			600 mg		
02465337	<i>Isentress HD</i>	Merck	60	690,00	11,5000

RILPIVIRINE

Co.			25 mg		
02370603	<i>Edurant</i>	Janss. Inc	30	413,91	13,7970

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RITONAVIR

Co.

100 mg **PPB**

02523620	<i>Auro-Ritonavir</i>	AuroPharma	30	35,24	➡ 1,1745
02357593	<i>Norvir</i>	AbbVie	30	43,68	1,4560

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)

Co.

300 mg **PPB**

02516276	<i>AG-Tenofovir</i>	Angita	30	146,65	➡ 4,8883
02451980	<i>Apo-Tenofovir</i>	Apotex	30	146,65	➡ 4,8883
02460173	<i>Auro-Tenofovir</i>	AuroPharma	30	146,65	➡ 4,8883
02479087	<i>Jamp-Tenofovir</i>	Jamp	30	146,65	➡ 4,8883
02512939	<i>Mint-Tenofovir</i>	Mint	30	146,65	➡ 4,8883
02452634	<i>Mylan-Tenofovir Disoproxil</i>	Mylan	30	146,65	➡ 4,8883
02472511	<i>NAT-Tenofovir</i>	Natco	30	146,65	➡ 4,8883
			500	2444,17	➡ 4,8883
02453940	<i>pms-Tenofovir</i>	Phmscience	30	146,65	➡ 4,8883
02515156	<i>Riva-Tenofovir</i>	Riva	30	146,65	➡ 4,8883
02512327	<i>Tenofovir</i>	Sanis	30	146,65	➡ 4,8883
02523922	<i>Tenofovir</i>	Sivem	30	146,65	➡ 4,8883
* 02403889	<i>Teva-Tenofovir</i>	Teva Can	30	146,65	R
02247128	<i>Viread</i>	Gilead	30	518,67	17,2890

ZIDOVUDINE

Caps.

100 mg

01946323	<i>Apo-Zidovudine</i>	Apotex	100	139,77	1,3977

Sir.

10 mg/mL

01902652	<i>Retrovir</i>	ViiV	240 ml	44,94	0,1873

Sol. Inj.

10 mg/mL

01902644	<i>Retrovir</i>	ViiV	20 ml	16,70	

8:18.28

INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D')

Caps.

30 mg **PPB**

02497409	<i>Jamp Osetamivir</i>	Jamp	10	5,24	➡ 0,5243
02497441	<i>Mint-Osetamivir</i>	Mint	10	5,24	➡ 0,5243
02472635	<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	10	5,24	➡ 0,5243
02504006	<i>Osetamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	10	5,24	➡ 0,5243
02304848	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	19,50	1,9500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

45 mg **PPB**

02472643	<i>NAT-Oseltamivir</i>	Natco	10	16,14	➡ 1,6135
02504014	<i>Oseltamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	10	16,14	➡ 1,6135
02304856	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	30,00	3,0000

Caps.

75 mg **PPB**

02497425	<i>Jamp Oseltamivir</i>	Jamp	10	10,39	➡ 1,0393
02497476	<i>Mint-Oseltamivir</i>	Mint	10	10,39	➡ 1,0393
02457989	<i>NAT-Oseltamivir</i>	Natco	10	10,39	➡ 1,0393
02504022	<i>Oseltamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	10	10,39	➡ 1,0393
02241472	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	39,00	3,9000

Susp. Orale

6 mg/mL **PPB**

02499894	<i>NAT-Oseltamivir</i>	Natco	65 ml	18,27	➡ 0,2811
02381842	<i>Tamiflu</i>	Roche	65 ml	19,50	0,3000

ZANAMIVIR

Pd. pour Inh. (App.)

5 mg/coque (4)

02240863	<i>Relenza</i>	GSK	5	36,54	

8:18.32

NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES

ACYCLOVIR

Co.

200 mg **PPB**

02207621	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	100	35,11	➡ 0,3511
02524708	<i>Mint-Acyclovir</i>	Mint	100	35,11	➡ 0,3511
02242784	<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	100	35,11	➡ 0,3511
02285959	<i>Teva-Acyclovir</i>	Teva Can	100	35,11	R

Co.

400 mg **PPB**

02207648	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	100	88,90	➡ 0,8890
02524716	<i>Mint-Acyclovir</i>	Mint	100	88,90	➡ 0,8890
02242463	<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	100	88,90	➡ 0,8890
02285967	<i>Teva-Acyclovir</i>	Teva Can	100	88,90	➡ 0,8890

Co.

800 mg **PPB**

02207656	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	100	126,73	➡ 1,2673
02524724	<i>Mint-Acyclovir</i>	Mint	100	126,73	➡ 1,2673
02242464	<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	100	126,73	➡ 1,2673
02285975	<i>Teva-Acyclovir</i>	Teva Can	100	126,73	➡ 1,2673

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ACYCLOVIR SODIQUE

Sol. Perf. I.V.

50 mg/mL (10 mL) **PPB**

02236926	<i>Acyclovir Sodique</i>	Fresenius	10	857,80	➡ 85,7800
02456524	<i>Acyclovir sodique injectable</i>	Sterimax	10	857,80	➡ 85,7800
02494558	<i>Acyclovir Sodium Injection</i>	AuroPharma	10	857,80	➡ 85,7800

Sol. Perf. I.V.

50 mg/mL (20 mL) **PPB**

99106493	<i>Acyclovir Sodique</i>	Fresenius	10	1715,70	➡ 171,5700
99106293	<i>Acyclovir sodique injectable</i>	Sterimax	10	1715,70	➡ 171,5700
99113861	<i>Acyclovir Sodium Injection</i>	AuroPharma	10	1715,70	➡ 171,5700

ENTÉCAVIR

Co.

0,5 mg **PPB**

02396955	<i>Apo-Entecavir</i>	Apotex	30	165,00	➡ 5,5000
02448777	<i>Auro-Entecavir</i>	AuroPharma	30	165,00	➡ 5,5000
			100	550,00	➡ 5,5000
02282224	<i>Baraclude</i>	B.M.S.	30	660,00	22,0000
02527154	<i>Entecavir</i>	Sanis	30	165,00	➡ 5,5000
02467232	<i>Jamp-Entecavir</i>	Jamp	30	165,00	➡ 5,5000
02485907	<i>Mint-Entecavir</i>	Mint	30	165,00	➡ 5,5000
02430576	<i>pms-Entecavir</i>	Phmscience	30	165,00	➡ 5,5000

FAMCICLOVIR

Co.

125 mg **PPB**

02292025	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	79,82	➡ 2,6605
02229110	<i>Famvir</i>	Atnahs	10	27,15	➡ 2,7150

Co.

250 mg **PPB**

02292041	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	108,27	➡ 3,6090
02229129	<i>Famvir</i>	Atnahs	30	112,10	➡ 3,7367

Co.

500 mg **PPB**

02292068	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	127,77	➡ 4,2591
02177102	<i>Famvir</i>	Atnahs	21	139,38	➡ 6,6371

GANCICLOVIR SODIQUE

Pd. Perf. I.V.

500 mg **PPB**

02162695	<i>Cytovene</i>	Cheplaphar	5	210,19	➡ 42,0380
02537168	<i>Ganciclovir pour injection</i>	Forma Ph	25	1050,95	➡ 42,0380
02404761	<i>Ganciclovir pour injection</i>	Fresenius	25	1050,95	➡ 42,0380
02475391	<i>Ganciclovir pour injection</i>	Sterimax	25	1050,95	➡ 42,0380

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

REMDÉSIVIR 33

Pd. Perf. I.V.

				100 mg	
02502143	<i>Veklury</i>	Gilead	1	660,53	

TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE)

Co.

				25 mg	
02464241	<i>Vemlidy</i>	Gilead	30	518,67	17,2890

VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				500 mg	PPB	
02500582	<i>AG-Valacyclovir</i>	Angita	8	4,96	➡	0,6198
			100	61,98	➡	0,6198
02295822	<i>Apo-Valacyclovir</i>	Apotex	8	4,96	➡	0,6198
			100	61,98	➡	0,6198
02405040	<i>Auro-Valacyclovir</i>	AuroPharma	30	18,59	➡	0,6198
			100	61,98	➡	0,6198
02440598	<i>Jamp Valacyclovir</i>	Jamp	100	61,98	➡	0,6198
02351579	<i>Mylan-Valacyclovir</i>	Mylan	100	61,98	➡	0,6198
02558130	<i>NB-Valacyclovir</i>	NB Pharma	100	61,98	➡	0,6198
02298457	<i>pms-Valacyclovir</i>	Phmscience	100	61,98	➡	0,6198
			500	309,90	➡	0,6198
02315173	<i>Pro-Valacyclovir</i>	Pro Doc	100	61,98	➡	0,6198
			500	309,90	➡	0,6198
02316447	<i>Riva-Valacyclovir</i>	Riva	100	61,98	➡	0,6198
02347091	<i>Sandoz Valacyclovir</i>	Sandoz	90	55,78	➡	0,6198
02357534	<i>Teva-Valacyclovir</i>	Teva Can	100	61,98	➡	0,6198
02454645	<i>Valacyclovir</i>	Sanis	100	61,98	➡	0,6198
02442000	<i>Valacyclovir</i>	Sivem	100	61,98	➡	0,6198
02219492	<i>Valtrex</i>	GSK	30	93,56		3,1187

VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				450 mg	PPB	
02435179	<i>Auro-Valganciclovir</i>	AuroPharma	60	348,19	➡	5,8031
			100	580,31	➡	5,8031
02495457	<i>Mint-Valganciclovir</i>	Mint	60	348,19	➡	5,8031
02413825	<i>Teva-Valganciclovir</i>	Teva Can	60	348,19	➡	5,8031
02245777	<i>Valcyte</i>	Cheplaphar	60	1371,49		22,8582

Susp. Orale

				50 mg/mL	PPB	
02535483	<i>Auro-Valganciclovir</i>	AuroPharma	100 ml	150,99	➡	1,5099
02306085	<i>Valcyte</i>	Cheplaphar	100 ml	253,98		2,5398

33 Pour connaître les conditions de la couverture par le régime général du remdésivir, veuillez consulter le point 10 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

8:18.92

ANTIVIRAUX, DIVERS

NIRMATRELVIR/RITONAVIR 32

Co.

150 mg - 100 mg

02524031	<i>Paxlovid</i>	Pfizer	30	1288,88	42,9627
02527804	<i>Paxlovid</i>	Pfizer	20	580,00	29,0000

8:30.04

AMOEBICIDES

PAROMOMYCINE (SULFATE DE)

Caps.

250 mg

02078759	<i>Humatin</i>	Search Phm	100	236,74	2,3674

8:30.08

ANTIPALUDIQUES

ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.

62,5 mg - 25 mg

02264935	<i>Malarone pédiatrique</i>	GSK	12	17,77	1,4808

Co.

250 mg - 100 mg **PPB**

02466783	<i>Atovaquone et chlorhydrate de proguanil</i>	Glenmark	12	27,98	➡	2,3315
			100	233,15	➡	2,3315
02421429	<i>Atovaquone Proguanil</i>	Sanis	12	27,98	➡	2,3315
02238151	<i>Malarone</i>	GSK	12	51,81		4,3175
02402165	<i>Mylan-Atovaquone/ Proguanil</i>	Mylan	100	233,15	➡	2,3315
02380927	<i>Teva Atovaquone Proguanil</i>	Teva Can	12	27,98	➡	2,3315

HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')

Co.

200 mg **PPB**

02246691	<i>Apo-Hydroxyquine</i>	Apotex	100	15,76	➡	0,1576
02519348	<i>Hydroxychloroquine</i>	Sanis	500	78,80	➡	0,1576
02491427	<i>Jamp Hydroxychloroquine</i>	Jamp	100	15,76	➡	0,1576
02424991	<i>Mint-Hydroxychloroquine</i>	Mint	100	15,76	➡	0,1576
			500	78,80	➡	0,1576
02511886	<i>NRA-Hydroxychloroquine</i>	Nora	100	15,76	➡	0,1576
02017709	<i>Plaquenil</i>	SanofiAven	100	56,62		0,5662

MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

250 mg

02244366	<i>Mefloquine</i>	AA Pharma	8	29,56		3,6950

32 Pour connaître les conditions de la couverture par le régime général du nirmatrelvir/ritonavir, veuillez consulter le point 10 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE)

Co.

26,3 mg

02017776	Primaquine	SanofiAven	100	36,44	0,3644

QUININE (SULFATE DE)

Caps.

200 mg **PPB**

02445190	Jamp-Quinine	Jamp	100	23,90	➡	0,2390
			500	119,50	➡	0,2390
02311216	Pro-Quinine-200	Pro Doc	100	23,90	➡	0,2390
00021008	Teva-Quinine	Teva Can	100	23,90	➡	0,2390

Caps. ou Co.

300 mg **PPB**

02254522	Apo-Quinine (Caps.)	Apotex	100	37,50	➡	0,3750
02445204	Jamp-Quinine (Caps.)	Jamp	100	37,50	➡	0,3750
			500	187,50	➡	0,3750
02311224	Pro-Quinine-300 (Caps.)	Pro Doc	100	37,50	➡	0,3750
00695459	Quinine-Odan (Caps.)	Odan	100	37,50	➡	0,3750
			500	187,50	➡	0,3750
00021016	Teva-Quinine	Teva Can	100	37,50	➡	0,3750

8:30.92

ANTIPROTOZOAIRES, DIVERS

ATOVAQUONE

Susp. Orale

150 mg/mL **PPB**

02556618	Auro-Atovaquone	AuroPharma	210 ml	333,00	➡	1,5857
02528495	GLN-Atovaquone	Glenmark	210 ml	333,00	➡	1,5857
02217422	Mepron	GSK	210 ml	504,15		2,4007

MÉTRONIDAZOLE

Co.

250 mg **PPB**

00545066	Apo-Metronidazole Tablets	Apotex	500	28,60	➡	0,0572
02535807	Mint-Metronidazole	Mint	500	28,60	➡	0,0572

Sol. Perf. I.V.

5 mg/mL

00649074	Métronidazole	Pfizer	100 ml	14,58		R

8:36

ANTI-INFECTIEUX URINAIRES

FOSFOMYCINE (TROMÉTHAMINE DE)

Pd. Orale

3 g **PPB**

02473801	Jamp-Fosfomycin	Jamp	1	➡	11,70	
02240335	Monurol sachet	Paladin	1		13,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

NITROFURANTOÏNE

Co.

				50 mg	
00319511	Nitrofurantoin	AA Pharma	100	16,70	0,1670

Co.

				100 mg	
00312738	Nitrofurantoin	AA Pharma	100	22,27	0,2227

NITROFURANTOÏNE (MACROCRISTAUX)

Caps.

				50 mg	PPB	
02495503	JAMP Nitrofurantoin	Jamp	100	29,27	➡	0,2927
02231015	Teva-Nitrofurantoin	Teva Can	100	29,27	➡	0,2927

Caps.

				100 mg	PPB	
02495511	JAMP Nitrofurantoin	Jamp	100	54,99	➡	0,5499
02231016	Teva-Nitrofurantoin	Teva Can	100	54,99	➡	0,5499

NITROFURANTOÏNE (MONOHYDRATE DE) (MACROCRISTAUX)

Caps.

				100 mg	PPB	
02466392	Auro-Nitrofurantoin	AuroPharma	100	30,67	➡	0,3067
02544954	JAMP Nitrofurantoin BID	Jamp	100	30,67	➡	0,3067
02455676	pms-Nitrofurantoin	Phmscience	100	30,67	➡	0,3067

TRIMÉTHOPRIME

Co.

				100 mg	
02243116	Trimethoprim	AA Pharma	100	26,17	0,2617

Co.

				200 mg	
02243117	Trimethoprim	AA Pharma	100	52,73	0,5273

10:00
ANTINÉOPLASIQUES

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

10:00

ANTINÉOPLASIQUES

AFATINIB (DIMALÉATE D')

Co.

20 mg **PPB**

02415666	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00		62,0000
02517019	<i>Mar-Afatinib</i>	Marcan	30	1162,18	➡	38,7392
02512777	<i>Sandoz AFatinib</i>	Sandoz	30	1162,18	➡	38,7392

Co.

30 mg **PPB**

02415674	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00		62,0000
02517027	<i>Mar-Afatinib</i>	Marcan	30	1162,18	➡	38,7392
02512785	<i>Sandoz AFatinib</i>	Sandoz	30	1162,18	➡	38,7392

Co.

40 mg **PPB**

02415682	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00		62,0000
02517035	<i>Mar-Afatinib</i>	Marcan	30	1162,18	➡	38,7392
02512793	<i>Sandoz AFatinib</i>	Sandoz	30	1162,18	➡	38,7392

BICALUTAMIDE

Co.

50 mg **PPB**

02296063	<i>Apo-Bicalutamide</i>	Apotex	30	38,07	➡	1,2690
02325985	<i>Bicalutamide</i>	Accord	30	38,07	➡	1,2690
			100	126,90	➡	1,2690
02519178	<i>Bicalutamide</i>	Sanis	30	38,07	➡	1,2690
02357216	<i>Jamp-Bicalutamide</i>	Jamp	30	38,07	➡	1,2690
			100	126,90	➡	1,2690
02275589	<i>pms-Bicalutamide</i>	Phmscience	30	38,07	➡	1,2690
			100	126,90	➡	1,2690
02311038	<i>Pro-Bicalutamide-50</i>	Pro Doc	30	38,07	➡	1,2690
02270226	<i>Teva-Bicalutamide</i>	Teva Can	30	38,07	➡	1,2690
			100	126,90	➡	1,2690

BUSULFAN

Co.

2 mg

00004618	<i>Myleran</i>	Aspen	25	35,32		1,4128

CAPÉCITABINE

Co.

150 mg **PPB**

02426757	<i>ACH-Capécitabine</i>	Accord	60	27,45	➡	0,4575
02434504	<i>Apo-Capécitabine</i>	Apotex	60	27,45	➡	0,4575
02519879	<i>Capécitabine</i>	Jamp	60	27,45	➡	0,4575
02514982	<i>Capécitabine</i>	Sanis	60	27,45	➡	0,4575
02421917	<i>Sandoz Capécitabine</i>	Sandoz	60	27,45	➡	0,4575
02457490	<i>Taro-Capécitabine</i>	Taro	60	27,45	➡	0,4575
* 02238453	<i>Xeloda</i>	Cheplaphar	60	109,80		R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.	500 mg PPB				
02426765	<i>ACH-Capecitabine</i>	Accord	120	183,00	➡ 1,5250
02434512	<i>Apo-Capecitabine</i>	Apotex	120	183,00	➡ 1,5250
02519887	<i>Capecitabine</i>	Jamp	120	183,00	➡ 1,5250
02514990	<i>Capecitabine</i>	Sanis	120	183,00	➡ 1,5250
02508028	<i>Mint-Capecitabine</i>	Mint	120	183,00	➡ 1,5250
02421925	<i>Sandoz Capecitabine</i>	Sandoz	120	183,00	➡ 1,5250
02457504	<i>Taro-Capecitabine</i>	Taro	120	183,00	➡ 1,5250
* 02238454	<i>Xeloda</i>	Cheplaphar	120	732,00	R

CHLORAMBUCIL

Co.	2 mg				
00004626	<i>Leukeran</i>	Aspen	25	33,30	1,3320

CYCLOPHOSPHAMIDE

Co.	50 mg				
02241796	<i>Procytox</i>	Baxter	100	47,73	0,4773

ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D')

Co.	100 mg PPB				
02461870	<i>Apo-Erlotinib</i>	Apotex	30	396,00	➡ 13,2000
02483920	<i>NAT-Erlotinib</i>	Natco	30	396,00	➡ 13,2000
02454386	<i>pms-Erlotinib</i>	Phmscience	30	396,00	➡ 13,2000
02377705	<i>Teva-Erlotinib</i>	Teva Can	30	396,00	➡ 13,2000

Co.	150 mg PPB				
02461889	<i>Apo-Erlotinib</i>	Apotex	30	594,00	➡ 19,8000
02483939	<i>NAT-Erlotinib</i>	Natco	30	594,00	➡ 19,8000
02454394	<i>pms-Erlotinib</i>	Phmscience	30	594,00	➡ 19,8000
02377713	<i>Teva-Erlotinib</i>	Teva Can	30	594,00	➡ 19,8000

ÉTOPOSIDE

Caps.	50 mg				
00616192	<i>Vepesid</i>	Cheplaphar	20	656,42	32,8210

FLUDARABINE (PHOSPHATE DE)

Co.	10 mg				
02246226	<i>Fludara</i>	SanofiAven	15	574,97	38,3315
			20	766,63	38,3315

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

GÉFITINIB

Co.

250 mg **PPB**

02468050	<i>Apo-Gefitinib</i>	Apotex	30	1869,15	➡ 62,3050
02248676	<i>Iressa</i>	AZC	30	2199,00	➡ 73,3000
02500663	<i>Jamp Gefitinib</i>	Jamp	30	1869,15	➡ 62,3050
02491796	<i>Nat-Gefitinib</i>	Natco	30	1869,15	➡ 62,3050
02487748	<i>Sandoz Gefitinib</i>	Sandoz	30	1869,15	➡ 62,3050

HYDROXYURÉE

Caps.

500 mg **PPB**

02247937	<i>Apo-Hydroxyurea</i>	Apotex	100	91,83	➡ 0,9183
00465283	<i>Hydréa</i>	Cheplaphar	100	91,83	➡ 0,9183
02242920	<i>Mylan-Hydroxyurea</i>	Mylan	100	91,83	➡ 0,9183
02530260	<i>Riva-Hydroxyurea</i>	Riva	100	91,83	➡ 0,9183

LÉNALIDOMIDE

Caps.

2,5 mg **PPB**

02507927	<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	21	1729,88	➡ 82,3750
02506130	<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	21	1729,88	➡ 82,3750
02493837	<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	21	1729,88	➡ 82,3750
02484714	<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	21	1729,88	➡ 82,3750
02459418	<i>Revlimid</i>	Celgene	21	6919,50	329,5000
02518562	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	21	1729,88	➡ 82,3750
02507862	<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	21	1729,88	➡ 82,3750

Caps.

5 mg **PPB**

02507935	<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	28	2380,00	➡ 85,0000
02506149	<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	28	2380,00	➡ 85,0000
02493845	<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	28	2380,00	➡ 85,0000
02483017	<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	28	2380,00	➡ 85,0000
02304899	<i>Revlimid</i>	Celgene	28	9520,00	340,0000
02518570	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	28	2380,00	➡ 85,0000
02507870	<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	28	2380,00	➡ 85,0000

Caps.

10 mg **PPB**

02507943	<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	28	2527,00	➡ 90,2500
02506157	<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	28	2527,00	➡ 90,2500
02493861	<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	28	2527,00	➡ 90,2500
02483025	<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	28	2527,00	➡ 90,2500
02304902	<i>Revlimid</i>	Celgene	28	10108,00	361,0000
02518589	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	28	2527,00	➡ 90,2500
02507889	<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	28	2527,00	➡ 90,2500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

15 mg **PPB**

02507951	<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	21	2005,50	➡ 95,5000
02506165	<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	21	2005,50	➡ 95,5000
02493888	<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	21	2005,50	➡ 95,5000
02483033	<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	21	2005,50	➡ 95,5000
02317699	<i>Revlimid</i>	Celgene	21	8022,00	382,0000
02518597	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	21	2005,50	➡ 95,5000
02507897	<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	21	2005,50	➡ 95,5000

Caps.

20 mg **PPB**

02507978	<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	21	2115,75	➡ 100,7500
02506173	<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	21	2115,75	➡ 100,7500
02493896	<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	21	2115,75	➡ 100,7500
02483041	<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	21	2115,75	➡ 100,7500
02440601	<i>Revlimid</i>	Celgene	21	8463,00	403,0000
02518600	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	21	2115,75	➡ 100,7500
02507900	<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	21	2115,75	➡ 100,7500

Caps.

25 mg **PPB**

02507986	<i>Apo-Lenalidomide</i>	Apotex	21	2226,00	➡ 106,0000
02506181	<i>Jamp Lenalidomide</i>	Jamp	21	2226,00	➡ 106,0000
02493918	<i>NAT-Lenalidomide</i>	Natco	21	2226,00	➡ 106,0000
02483068	<i>Reddy-Lenalidomide</i>	Dr Reddy's	21	2226,00	➡ 106,0000
02317710	<i>Revlimid</i>	Celgene	21	8904,00	424,0000
02518619	<i>Sandoz Lenalidomide</i>	Sandoz	21	2226,00	➡ 106,0000
02507919	<i>Taro-Lenalidomide</i>	Taro	21	2226,00	➡ 106,0000

MELPHALAN

Co.

2 mg

00004715	<i>Alkeran</i>	Aspen	50	74,18	1,4836

MERCAPTOPURINE

Co.

50 mg **PPB**

02415275	<i>Mercaptopurine</i>	Sterimax	25	70,93	➡ 2,8372
00004723	<i>Purinethol</i>	Teva Can	25	70,93	➡ 2,8372
			60	170,23	➡ 2,8372

MÉTHOTREXATE

Co.

2,5 mg **PPB**

02509067	<i>ACH-Methotrexate</i>	Accord	100	25,13	➡ 0,2513
02182963	<i>Apo-Methotrexate</i>	Apotex	24	6,03	➡ 0,2513
			100	25,13	➡ 0,2513
02524023	<i>Auro-Methotrexate</i>	AuroPharma	30	7,54	➡ 0,2513
			100	25,13	➡ 0,2513
02534916	<i>M-Methotrexate</i>	Mantra Ph.	100	25,13	➡ 0,2513
02170698	<i>pms-Methotrexate</i>	Phmscience	30	7,54	➡ 0,2513
			100	25,13	➡ 0,2513

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 10 mg PPB					
02553740	<i>JAMP Methotrexate Tablets</i>	Jamp	100	139,94	➡ 1,3994
02182750	<i>Méthotrexate</i>	Pfizer	100	270,67	2,7067
02561956	<i>pms-Methotrexate Tablets</i>	Phmscience	100	139,94	➡ 1,3994
Sol. Inj. 25 mg/mL PPB					
02464365	<i>Méthotrexate Injectable</i>	Accord	2 ml	➡ 6,24	
			20 ml	➡ 62,40	
02182777	<i>Méthotrexate Sodique</i>	Pfizer	2 ml	➡ 6,24	
			20 ml	➡ 62,40	
02182955	<i>Méthotrexate Sodique sans préservatif</i>	Pfizer	2 ml	11,25	
Sol. Inj. (ser) 7,5 mg/0,3 mL					
02422166	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1	5,60	
Sol. Inj. (ser) 10 mg/0,4 mL					
02422174	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1	7,00	
Sol. Inj. (ser) 15 mg/0,6 mL					
02422182	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1	8,40	
Sol. Inj. (ser) 20 mg/0,8 mL					
02422190	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1	11,20	
Sol. Inj. (ser) 25 mg/mL					
02422204	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1	12,20	
Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/0,2 mL PPB					
02491281	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡ 14,82	
02454831	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡ 14,82	
02539608	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	➡ 14,82	
Sol. Inj. S.C. (ser) 12,5 mg/0,25 mL PPB					
02491303	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡ 15,60	
02454750	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡ 15,60	
02539616	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	➡ 15,60	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)			15 mg/0,3 mL PPB		
02491311	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡	16,38
02454858	<i>Metobject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡	16,38
02539624	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	➡	16,38

Sol. Inj. S.C. (ser)			17,5 mg/0,35 mL PPB		
02491338	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡	16,00
02454769	<i>Metobject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡	16,00
02539632	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	➡	16,00

Sol. Inj. S.C. (ser)			20 mg/0,4 mL PPB		
02491346	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡	17,50
02454866	<i>Metobject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡	17,50
02539640	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	➡	17,50

Sol. Inj. S.C. (ser)			22,5 mg/0,45 mL PPB		
02491354	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡	17,50
02454777	<i>Metobject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡	17,50
02539659	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	➡	17,50

Sol. Inj. S.C. (ser)			25 mg/0,5 mL PPB		
02491362	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡	19,50
02454874	<i>Metobject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡	19,50
02539667	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	➡	19,50

MITOTANE

Co.			500 mg		
00463221	<i>Lysodren</i>	Médunik	100	979,00	9,7900

NILUTAMIDE

Co.			50 mg		
02221861	<i>Anandron</i>	Cheplaphar	90	165,31	1,8368

PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.			50 mg		
00012750	<i>Matulane</i>	Sigma-Tau	100		UE

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TÉMOZOLOMIDE

Caps.

5 mg **PPB**

02516799	<i>Jamp Temozolomide</i>	Jamp	5	9,75	➡ 1,9500
02443473	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	9,75	➡ 1,9500
02241093	<i>Temodal</i>	Merck	5	19,50	➡ 3,9000
02441160	<i>Teva-Temozolomide</i>	Teva Can	5	9,75	➡ 1,9500
			20	39,00	➡ 1,9500

Caps.

20 mg **PPB**

02516802	<i>Jamp Temozolomide</i>	Jamp	5	39,00	➡ 7,8000
02443481	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	39,00	➡ 7,8000
02241094	<i>Temodal</i>	Merck	5	78,00	➡ 15,6000
02395274	<i>Teva-Temozolomide</i>	Teva Can	5	39,00	➡ 7,8000
			20	156,00	➡ 7,8000

Caps.

100 mg **PPB**

02516810	<i>Jamp Temozolomide</i>	Jamp	5	195,01	➡ 39,0015
02443511	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	195,01	➡ 39,0015
02241095	<i>Temodal</i>	Merck	5	390,00	➡ 78,0000
02395282	<i>Teva-Temozolomide</i>	Teva Can	5	195,01	➡ 39,0015
			20	780,03	➡ 39,0015

Caps.

140 mg **PPB**

02516829	<i>Jamp Temozolomide</i>	Jamp	5	273,01	➡ 54,6025
02443538	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	273,01	➡ 54,6025
02312794	<i>Temodal</i>	Merck	5	546,00	➡ 109,2000
02395290	<i>Teva-Temozolomide</i>	Teva Can	5	273,01	➡ 54,6025
			20	1092,05	➡ 54,6025

Caps.

250 mg **PPB**

02516845	<i>Jamp Temozolomide</i>	Jamp	5	487,51	➡ 97,5010
02443554	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	487,51	➡ 97,5010
02241096	<i>Temodal</i>	Merck	5	975,00	➡ 195,0000
02395312	<i>Teva-Temozolomide</i>	Teva Can	5	487,51	➡ 97,5010
			20	1950,02	➡ 97,5010

THIOGUANINE

Co.

40 mg

00282081	<i>Lanvis</i>	Aspen	25	102,93	➡ 4,1172

TRÉTINOÏNE

Caps.

10 mg **PPB**

02520036	<i>Jamp Tretinoin</i>	Jamp	100	1392,84	➡ 13,9284
02145839	<i>Vesanoid</i>	Cheplaphar	100	1638,63	➡ 16,3863

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**TRIPTORÉLINE (PAMOATE DE) **

Trousse

3,75 mg

02240000	<i>Trelstar</i>	Knight	1	304,43	

Trousse

11,25 mg

02243856	<i>Trelstar LA</i>	Knight	1	932,12	

Trousse

22,5 mg

02412322	<i>Trelstar</i>	Knight	1	1650,00	

12:00

MÉDICAMENTS AUTONOMES

- 12:02** **agents d'arrêt du tabagisme**
- 12:04** **agents parasympathomimétiques
(cholinergiques)**
- 12:08** **agents anticholinergiques**
 - 12:08.08 antimuscariniques/antispasmodiques
- 12:12** **agents sympathomimétiques
(adrénergiques)**
 - 12:12.04 agonistes alpha-adrénergiques
 - 12:12.08 agonistes bêta-adrénergiques
 - 12:12.12 agonistes alpha et bêta-adrénergiques
- 12:16** **agents sympatholytiques
(inhib.récept.adrénerg.)**
 - 12:16.04 alfabloquants
- 12:20** **myorelaxants**
 - 12:20.04 myorelaxants à action centrale
 - 12:20.08 myorelaxants à action directe
 - 12:20.12 myorelaxants dérivés acide
gamma-amin. (gaba)
 - 12:20.92 myorelaxants, divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

12:02

AGENTS D'ARRÊT DU TABAGISME

NICOTINE ¹

Gomme à mâcher

2 mg **PPB**

80069513	<i>Nicorette Menthe</i>	McNeil Co	105	26,49	0,2523
80086528	<i>Nicotine gomme à mâcher</i>	Cellchem	108	12,30 ➡	0,1139
80000396	<i>Thrive</i>	Dr Reddy's	108	21,77	0,2016

Gomme à mâcher

4 mg **PPB**

80069471	<i>Nicorette Menthe</i>	McNeil Co	105	26,49	0,2523
80086508	<i>Nicotine gomme à mâcher</i>	Cellchem	108	12,30 ➡	0,1139
80000402	<i>Thrive</i>	Dr Reddy's	108	28,47	0,2636

Past. Or.

1 mg

80007461	<i>Thrive</i>	Dr Reddy's	108	21,77	0,2016

Past. Or.

2 mg

80007464	<i>Thrive</i>	Dr Reddy's	108	28,47	0,2636

Timbre cut.

7 mg/24 h **PPB**

80130502	<i>AddictAid Nicotine Patch</i>	Cellchem	7	9,81 ➡	1,4021
01943057	<i>Habitrol</i>	Dr Reddy's	7	18,75	2,6786
80044518	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75	2,6786

Timbre cut.

14 mg/24 h **PPB**

01943065	<i>Habitrol</i>	Dr Reddy's	7	18,75 ➡	2,6786
80044503	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75 ➡	2,6786

Timbre cut.

21 mg/24 h **PPB**

01943073	<i>Habitrol</i>	Dr Reddy's	7	18,75 ➡	2,6786
80044515	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75 ➡	2,6786

¹ La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec les diverses préparations de nicotine est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois. De plus, la quantité totale remboursable de gommes à mâcher ou de pastilles durant les 12 semaines est limitée à 840 unités, toutes formes confondues.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VARÉNICLINE (TARTRATE DE) ⁷

Co.	0,5 mg PPB				
02419882	<i>Apo-Varenicline</i>	Apotex	56	25,86 ➡	0,4618
02554445	<i>Auro-Varenicline</i>	AuroPharma	56	25,86 ➡	0,4618
02546949	<i>Mint-Varenicline</i>	Mint	56	25,86 ➡	0,4618
02542951	<i>NRA-Varenicline</i>	Nora	56	25,86 ➡	0,4618
+ 02559897	<i>ZDS-Varenicline</i>	Zydus Ph	56	25,86 ➡	0,4618

Co.	0,5 mg et 1 mg PPB				
02435675	<i>Apo-Varenicline (trousse)</i>	Apotex	53	➡ 24,39	
02546965	<i>Mint-Varenicline (trousse)</i>	Mint	53	➡ 24,39	
02542986	<i>NRA-Varenicline (trousse de départ)</i>	Nora	53	➡ 24,39	

Co.	1 mg PPB				
02419890	<i>Apo-Varenicline</i>	Apotex	56	25,86 ➡	0,4618
02554453	<i>Auro-Varenicline</i>	AuroPharma	56	25,86 ➡	0,4618
02546957	<i>Mint-Varenicline</i>	Mint	56	25,86 ➡	0,4618
02542978	<i>NRA-Varenicline</i>	Nora	56	25,86 ➡	0,4618
+ 02559900	<i>ZDS-Varenicline</i>	Zydus Ph	56	25,86 ➡	0,4618

12:04

AGENTS PARASYMPATHOMIMÉTIQUES (CHOLINERGIQUES)

BÉTHANÉCHOL (CHLORURE DE)

Co.	10 mg				
01947958	<i>Duvoid</i>	Knight	100	25,98	0,2598

Co.	25 mg				
01947931	<i>Duvoid</i>	Knight	100	42,07	0,4207

Co.	50 mg				
01947923	<i>Duvoid</i>	Knight	100	55,26	0,5526

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.	5 mg PPB				
02509571	<i>Jamp Pilocarpine</i>	Jamp	100	73,21 ➡	0,7321
02496119	<i>M-Pilocarpine</i>	Mantra Ph.	100	73,21 ➡	0,7321
02216345	<i>Salagen</i>	Amdipharm	100	73,21 ➡	0,7321

⁷ La durée du remboursement d'un traitement antitabagique de varénicline est d'abord limitée à un total de 12 semaines consécutives par période de 12 mois. Une prolongation de 12 semaines sera autorisée pour les personnes ayant cessé de fumer à la 12^e semaine. La durée du remboursement est alors limitée à un total de 24 semaines consécutives par période de 12 mois.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE)

Co.

60 mg **PPB**

02508362	<i>Jamp Pyridostigmine Bromide</i>	Jamp	100	26,73	➡ 0,2673
00869961	<i>Mestinon</i>	Bausch H.	100	42,95	0,4295
02495643	<i>Riva-Pyridostigmine</i>	Riva	100	26,73	➡ 0,2673

Co. L.A.

180 mg

00869953	<i>Mestinon Supraspan</i>	Bausch H.	30	28,19	0,9397

12:08.08

ANTIMUSCARINIQUES/ANTISPASMODIQUES

ACLIDINIUM (BROMURE D')

Pd. pour Inh. (App.)

400 mcg

02409720	<i>Tudorza Genuair</i>	Covis	60	53,10	

GLYCOPYRROLATE

Sol. Inj.

0,2 mg/mL **PPB**

02382857	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Oméga	1 ml	➡ 2,78	
			2 ml	➡ 5,57	
02039508	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sandoz	2 ml	➡ 5,57	
02473879	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sterimax	1 ml	➡ 2,78	
02473887	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sterimax	20 ml	➡ 55,65	
02473895	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sterimax	2 ml	➡ 5,57	
02382849	<i>Glycopyrrolate Injection Multidose</i>	Oméga	20 ml	➡ 55,65	
02513749	<i>Injection de Glycopyrrolate</i>	Jamp	2 ml	➡ 5,57	
02532379	<i>Injection de Glycopyrrolate</i>	Jamp	20 ml	➡ 55,65	

GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Pd. pour Inh. (App.)

50 mcg/caps.

02394936	<i>Seebri Breezhaler</i>	Covis	30	53,10	

HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')

Sol. Inj.

20 mg/mL

02229868	<i>Butylbromure d'hyoscine</i>	Sandoz	1 ml	4,52	

IPRATROPIUM (BROMURE D')

Aéro. oral

0,02 mg/dose **PPB**

02247686	<i>Atrovent HFA</i>	Bo. Ing.	200 dose(s)	18,92	
02542587	<i>JAMP Ipratropium HFA</i>	Jamp	200 dose(s)	➡ 11,25	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. pour Inh.			0,125 mg/mL (2 mL)		
02231135	<i>pms-lpratropium Polynebs</i>	Phmscience	20	13,18	0,6590
Sol. pour Inh.			0,25 mg/mL PPB		
02126222	<i>Apo-lpravent</i>	Apotex	20 ml	➡ 6,31	
02231136	<i>pms-lpratropium</i>	Phmscience	20 ml	➡ 6,31	
Sol. pour Inh.			0,25 mg/mL (1 mL) PPB		
02231244	<i>pms-lpratropium Polynebs</i>	Phmscience	20	13,18 ➡	0,6590
02216221	<i>Teva-lpratropium Sterinebs</i>	Teva Can	20	13,18 ➡	0,6590
Sol. pour Inh.			0,25 mg/mL (2 mL) PPB		
02231245	<i>pms-lpratropium Polynebs</i>	Phmscience	10	13,18 ➡	1,3180
99002795	<i>Teva-lpratropium Sterinebs</i>	Teva Can	10	13,18 ➡	1,3180
Vap. nasal			0,03 %		
02239627	<i>pms-lpratropium</i>	Phmscience	30 ml	22,70	

SCOPOLAMINE (BROMHYDRATE DE)

Sol. Inj.			0,4 mg/mL		
02242810	<i>Scopolamine Hydrobromide Injection</i>	Oméga	1	6,51	
Sol. Inj.			0,6 mg/mL		
02242811	<i>Scopolamine Hydrobromide Injection</i>	Oméga	1	7,04	

TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)

Pd. pour Inh. (App.)			18 mcg PPB		
02550865	<i>Apo-Tiotropium (avec applicateur)</i>	Apotex	30	➡ 27,43	
02537850	<i>Lupin-Tiotropium (avec LupinHaler)</i>	Lupin	30	➡ 27,43	
02246793	<i>Spiriva (avec Handihaler)</i>	Bo. Ing.	30	➡ 27,43	
Pd. pour Inh. (Sans App.)			18 mcg PPB		
99114580	<i>Apo-Tiotropium</i>	Apotex	30	➡ 27,43	
99114582	<i>Lupin-Tiotropium</i>	Lupin	30	➡ 27,43	
99114581	<i>Spiriva</i>	Bo. Ing.	30	➡ 27,43	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. pour Inh. (App.)				2,5 mcg	
02435381	<i>Spiriva Respimat</i>	Bo. Ing.	60 dose(s)	51,90	

UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')

Pd. pour Inh.				62,5 mcg	
02423596	<i>Incruse Ellipta</i>	GSK	30 dose(s)	50,00	

12:12.04

AGONISTES ALPHA-ADRENERGIQUES

MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				2,5 mg	PPB	
02517701	<i>JAMP Midodrine</i>	Jamp	100	11,53	➡	0,1153
02473984	<i>Mar-Midodrine</i>	Marcan	100	11,53	➡	0,1153
02278677	<i>Midodrine</i>	Apotex	100	11,53	➡	0,1153
02533200	<i>Midodrine</i>	Sanis	100	11,53	➡	0,1153
02547112	<i>M-Midodrine</i>	Mantra Ph.	100	11,53	➡	0,1153

Co.				5 mg	PPB	
02517728	<i>JAMP Midodrine</i>	Jamp	100	19,21	➡	0,1921
02473992	<i>Mar-Midodrine</i>	Marcan	100	19,21	➡	0,1921
02278685	<i>Midodrine</i>	Apotex	100	19,21	➡	0,1921
02533219	<i>Midodrine</i>	Sanis	100	19,21	➡	0,1921
02547120	<i>M-Midodrine</i>	Mantra Ph.	100	19,21	➡	0,1921

12:12.08

AGONISTES BÊTA-ADRENERGIQUES

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)

Pd. pour Inh.				6 mcg /dose	
02237225	<i>Oxeze Turbuhaler</i>	AZC	60 dose(s)	33,24	

Pd. pour Inh.				12 mcg/dose	
02237224	<i>Oxeze Turbuhaler</i>	AZC	60 dose(s)	44,28	

IPRATROPIUM (BROMURE D')/ SALBUTAMOL (SULFATE DE)

Sol. pour Inh.				0,2 mg -1 mg/mL (2,5 mL)	PPB	
* 02483394	<i>Bromure d'ipratropium et salbutamol</i>	Juno	20	14,68	➡	0,7340
* 02272695	<i>Teva-Combo Sterinebs</i>	Teva Can	20	14,68	➡	0,7340

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SALBUTAMOL

Aéro. oral

100 mcg/dose **PPB**

02232570	<i>Airomir</i>	Bausch H.	200 dose(s)	➡	5,00
02245669	<i>Apo-Salbutamol HFA</i>	Apotex	200 dose(s)	➡	5,00
02419858	<i>Salbutamol HFA</i>	Sanis	200 dose(s)	➡	5,00
02326450	<i>Teva-Salbutamol HFA</i>	Teva Can	200 dose(s)	➡	5,00
02241497	<i>Ventolin HFA</i>	GSK	200 dose(s)		6,00

SALBUTAMOL (SULFATE DE)

Sol. pour Inh.

0,5 mg/mL (2,5mL)

02208245	<i>pms-Salbutamol Polynebs</i>	Phmscience	20		3,49	0,1745

Sol. pour Inh.

1 mg/mL (2,5 mL) **PPB**

02208229	<i>pms-Salbutamol Polynebs</i>	Phmscience	20		7,23	➡ 0,3615
01926934	<i>Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.</i>	Teva Can	20		7,23	➡ 0,3615

Sol. pour Inh.

2 mg/mL (2,5 mL) **PPB**

02208237	<i>pms-Salbutamol Polynebs</i>	Phmscience	20		13,50	➡ 0,6750
02173360	<i>Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.</i>	Teva Can	20		13,50	➡ 0,6750

Sol. pour Inh.

5 mg/mL

02213486	<i>Ventolin</i>	GSK	10 ml		2,30	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)

Pd. pour Inh.

50 mcg/dose

02231129	<i>Serevent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)		52,64	

TERBUTALINE (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.

0,5 mg/dose

00786616	<i>Bricanyl Turbuhaler</i>	AZC	120 dose(s)		9,17	

12:12.12

AGONISTES ALPHA ET BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ÉPINÉPHRINE

Sol. Inj. (App.)

0,15 mg/dose **PPB**

02382059	<i>Allerject</i>	Kaleo	1	➡	81,00	
00578657	<i>EpiPen Jr.</i>	Pfizer	1	➡	81,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. (App.)			0,3 mg/dose PPB		
02382067	<i>Allerject</i>	Kaleo	1	➡ 81,00	
00509558	<i>EpiPen</i>	Pfizer	1	➡ 81,00	

ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')

Sol. Inj.			1 mg/mL		
02435810	<i>Épinéphrine</i>	Hikma	10	38,50	3,8500

12:16.04

ALPHABLOQUANTS

ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D')

Co. L.A.			10 mg PPB		
02519844	<i>Alfuzosin</i>	Sanis	100	26,01 ➡	0,2601
02447576	<i>Alfuzosin</i>	Sivem	100	26,01 ➡	0,2601
02315866	<i>Apo-Alfuzosin</i>	Apotex	100	26,01 ➡	0,2601
02443201	<i>Auro-Alfuzosin</i>	AuroPharma	100	26,01 ➡	0,2601
02304678	<i>Sandoz Alfuzosin</i>	Sandoz	100	26,01 ➡	0,2601
02245565	<i>Xatral</i>	SanofiAven	100	101,30	1,0130

DIHYDROERGOTAMINE (MÉSULATE DE)

Sol. Inj.			1 mg/mL		
00027243	<i>Dihydroergotamine</i>	Sterimax	1 ml	3,88	

Vap. nasal

			4 mg/mL		
02228947	<i>Migranal</i>	Sterimax	3	28,22	9,4067

SILODOSINE

Caps.			4 mg PPB		
02478501	<i>Auro-Silodosin</i>	AuroPharma	30	11,18 ➡	0,3726
02539519	<i>Jamp Silodosin</i>	Jamp	30	11,18 ➡	0,3726
02517779	<i>pms-Silodosin</i>	Phmscience	30	11,18 ➡	0,3726
02475421	<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	30	11,18 ➡	0,3726

Caps.

			8 mg PPB		
02478528	<i>Auro-Silodosin</i>	AuroPharma	90	33,53 ➡	0,3726
02539527	<i>Jamp Silodosin</i>	Jamp	90	33,53 ➡	0,3726
02517787	<i>pms-Silodosin</i>	Phmscience	90	33,53 ➡	0,3726
02475448	<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	100	37,26 ➡	0,3726

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A. ou Caps. L.A.

0,4 mg PPB

02362406	<i>Apo-Tamsulosin CR</i>	Apotex	30	4,50	➡	0,1500
			100	15,00	➡	0,1500
02545179	<i>Auro-Tamsulosin CR</i>	AuroPharma	30	4,50	➡	0,1500
			100	15,00	➡	0,1500
02352419	<i>Jamp-Tamsulosin</i>	Jamp	100	15,00	➡	0,1500
02319217	<i>Sandoz Tamsulosin</i>	Sandoz	100	15,00	➡	0,1500
02340208	<i>Sandoz Tamsulosin CR</i>	Sandoz	100	15,00	➡	0,1500
			500	75,00	➡	0,1500
02413612	<i>Tamsulosin CR</i>	Pro Doc	30	4,50	➡	0,1500
			500	75,00	➡	0,1500
02427117	<i>Tamsulosin CR</i>	Sanis	100	15,00	➡	0,1500
02429667	<i>Tamsulosin CR</i>	Sivem	100	15,00	➡	0,1500
			500	75,00	➡	0,1500
02368242	<i>Teva-Tamsulosin CR</i>	Teva Can	30	4,50	➡	0,1500
			100	15,00	➡	0,1500

12:20.04

MYORELAXANTS À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

10 mg PPB

02485419	<i>AG-Cyclobenzaprine</i>	Angita	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02177145	<i>Apo-Cyclobenzaprine</i>	Apotex	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02348853	<i>Auro-Cyclobenzaprine</i>	AuroPharma	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02287064	<i>Cyclobenzaprine</i>	Sanis	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02424584	<i>Cyclobenzaprine</i>	Sivem	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02495422	<i>Flexeril</i>	Orimed	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02357127	<i>Jamp-Cyclobenzaprine</i>	Jamp	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02212048	<i>pms-Cyclobenzaprine</i>	Phmscience	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02220644	<i>Pro-Cyclobenzaprine</i>	Pro Doc	500	51,10	➡	0,1022
02242079	<i>Riva-Cyclobenzaprine</i>	Riva	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022
02080052	<i>Teva-Cyclobenzaprine</i>	Teva Can	100	10,22	➡	0,1022
			500	51,10	➡	0,1022

12:20.08

MYORELAXANTS À ACTION DIRECTE

DANTROLÈNE SODIQUE

Caps.

25 mg

01997602	<i>Dantrium</i>	Par Phm	100	39,40		0,3940

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

12:20.12

MYORELAXANTS DÉRIVÉS ACIDE GAMMA-AMIN. (GABA)

BACLOFÈNE

Co.

10 mg **PPB**

02139332	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02287021	<i>Baclofen</i>	Sanis	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02544660	<i>Baclofen</i>	Sivem	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02544482	<i>JAMP Baclofen</i>	Jamp	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02088398	<i>Mylan-Baclofen</i>	Mylan	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02063735	<i>pms-Baclofen</i>	Phmscience	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595
02152584	<i>Pro-Baclofen</i>	Pro Doc	100	15,95	➡	0,1595
02242150	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	15,95	➡	0,1595
			500	79,74	➡	0,1595

Co.

20 mg **PPB**

02139391	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	100	31,04	➡	0,3104
02287048	<i>Baclofen</i>	Sanis	100	31,04	➡	0,3104
02544679	<i>Baclofen</i>	Sivem	100	31,04	➡	0,3104
02544490	<i>JAMP Baclofen</i>	Jamp	100	31,04	➡	0,3104
02088401	<i>Mylan-Baclofen</i>	Mylan	100	31,04	➡	0,3104
02063743	<i>pms-Baclofen</i>	Phmscience	100	31,04	➡	0,3104
02152592	<i>Pro-Baclofen</i>	Pro Doc	100	31,04	➡	0,3104
02242151	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	31,04	➡	0,3104
			500	155,20	➡	0,3104

Sol. Inj.

0,05 mg/mL (1 mL) **PPB**

02413620	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	30,01	➡	6,0028
02457059	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	10	60,03		R

Sol. Inj.

0,5 mg/mL (20 mL) **PPB**

02413639	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	1	➡	78,86	
02457067	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	1		78,86	R
02485508	<i>Baclofène Intrathécale</i>	Avir	1	➡	78,86	

Sol. Inj.

2 mg/mL (5 mL) **PPB**

02413647	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	394,34	➡	78,8670
02457075	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	10	788,67		R
02553341	<i>Baclofene injectable</i>	Jamp	5	394,34	➡	78,8670

Sol. Inj.

2 mg/mL (20 mL) **PPB**

99110593	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	1	315,47		R
02485516	<i>Baclofène Intrathécale</i>	Avir	1	➡	315,47	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

12:20.92

MYORELAXANTS, DIVERS

ORPHÉNADRINE (CITRATE D')

Co. L.A.

				100 mg	
02243559	<i>Sandoz Orphenadrine</i>	Sandoz	100	50,95	0,5095

20:00

AGENTS DE FORMATION DU SANG

20:04 médicaments antianémiques

20:04.04 préparations de fer

20:12 agents antithrombotiques

20:12.04 anticoagulants

20:12.14 agents antiplaquettaires

20:12.18 inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire

20:16 agents hématopoïétiques

20:28 agents antihémorragiques

20:28.16 hémostatiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:04.04

PRÉPARATIONS DE FER

CARBOXYMALTOSÉ FERRIQUE

Sol. Inj. I.V.

50 mg (Fe)/mL

02546078	<i>Ferinject</i>	CSLBehring	2 ml 10 ml	45,00 225,00	

DÉRISOMALTOSÉ FERRIQUE

Sol. Inj. I.V.

100 mg (Fe)/mL

02477777	<i>Monoferic</i>	Pfizer	1 ml 5 ml 10 ml	45,00 225,00 450,00	

FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/ SUCROSE)

Sol. Inj. I.V.

12,5 mg (Fe)/mL (5 mL)

02243333	<i>Ferlecit</i>	SanofiAven	10	241,33	24,1330

FERREUX (SULFATE)

Co.

300 mg à 325 mg (Fe-60 mg à 65 mg) **PPB**

00031100	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	1000	15,71	➡ 0,0157
80057416	<i>M-Fer Sulfate</i>	Mantra Ph.	1000	15,71	➡ 0,0157
00586323	<i>pms-Ferrous Sulfate</i>	Phmscience	500	7,86	➡ 0,0157
			1000	15,71	➡ 0,0157

Sir. ou Sol. Orale

150 mg/5 mL(Fe-30 mg/5 mL) **PPB**

00017884	<i>Fer-in-Sol</i>	M.J.	250 ml	12,61	0,0504
00758469	<i>Ferodan</i>	Odan	250 ml	6,80	➡ 0,0272
			500 ml	13,60	➡ 0,0272
80008295	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	250 ml	6,80	➡ 0,0272
02242863	<i>Pediafer Sirop</i>	Exzell	250 ml	6,80	➡ 0,0272

Sol. Orale Péd.

75 mg/mL(Fe-15 mg/mL) **PPB**

00762954	<i>Fer-in-Sol</i>	M.J.	50 ml	9,27	
02237385	<i>Ferodan</i>	Odan	50 ml	➡ 7,16	
80008309	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	50 ml	➡ 7,16	
02232202	<i>Pediafer</i>	Exzell	50 ml	➡ 7,16	

FER-SACCHAROSE

Sol. Inj. I.V.

20 mg (Fe)/mL (5 mL) **PPB**

02502917	<i>pms-Iron Sucrose</i>	Phmscience	10	275,00	➡ 27,5000
02243716	<i>Venofer</i>	Luitpold	10	275,00	➡ 27,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:12.04

ANTICOAGULANTS

APIXABAN

Co.

2,5 mg **PPB**

02487713	<i>ACH-Apixaban</i>	Accord	60	24,50	➡	0,4084
02529912	<i>AG-Apixaban</i>	Angita	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02548879	<i>Apixaban</i>	Sanis	180	73,51	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02530708	<i>Apixaban</i>	Sivem	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02487381	<i>Apo-Apixaban</i>	Apotex	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02486806	<i>Auro-Apixaban</i>	AuroPharma	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02527979	<i>Bio-Apixaban</i>	Biomed	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02377233	<i>Eliquis</i>	B.M.S.	60	96,00		1,6000
02528924	<i>Jamp Apixaban</i>	Jamp	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02529009	<i>M-Apixaban</i>	Mantra Ph.	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02492369	<i>Mar-Apixaban</i>	Marcan	60	24,50	➡	0,4084
			180	73,51	➡	0,4084
02495430	<i>Mint-Apixaban</i>	Mint	60	24,50	➡	0,4084
02492814	<i>NAT-Apixaban</i>	Natco	60	24,50	➡	0,4084
02553635	<i>NB-Apixaban</i>	NB Pharma	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02526050	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,50	➡	0,4084
02546884	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02530724	<i>Pro-Apixaban</i>	Pro Doc	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02525518	<i>Riva Apixaban</i>	Riva	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02489228	<i>Sandoz Apixaban SDZ</i>	Sandoz	60	24,50	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084
02510464	<i>Taro-Apixaban</i>	Sun Pharma	60	24,50	➡	0,4084
02484994	<i>Teva-Apixaban</i>	Teva Can	100	40,84	➡	0,4084
			500	204,20	➡	0,4084

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

5 mg **PPB**

02487721	<i>ACH-Apixaban</i>	Accord	60	24,00	➡ 0,4000
			180	72,00	➡ 0,4000
02529920	<i>AG-Apixaban</i>	Angita	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02548887	<i>Apixaban</i>	Sanis	180	72,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02530716	<i>Apixaban</i>	Sivem	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02487403	<i>Apo-Apixaban</i>	Apotex	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02486814	<i>Auro-Apixaban</i>	AuroPharma	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02527987	<i>Bio-Apixaban</i>	Biomed	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02397714	<i>Eliquis</i>	B.M.S.	60	96,00	1,6000
			180	288,00	1,6000
02528932	<i>Jamp Apixaban</i>	Jamp	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02529017	<i>M-Apixaban</i>	Mantra Ph.	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02492377	<i>Mar-Apixaban</i>	Marcan	60	24,00	➡ 0,4000
			180	72,00	➡ 0,4000
02495449	<i>Mint-Apixaban</i>	Mint	180	72,00	➡ 0,4000
02492822	<i>NAT-Apixaban</i>	Natco	60	24,00	➡ 0,4000
			1000	400,00	➡ 0,4000
02553643	<i>NB-Apixaban</i>	NB Pharma	180	72,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02526069	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,00	➡ 0,4000
			180	72,00	➡ 0,4000
02546892	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02530732	<i>Pro-Apixaban</i>	Pro Doc	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02525526	<i>Riva Apixaban</i>	Riva	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02489236	<i>Sandoz Apixaban SDZ</i>	Sandoz	60	24,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000
02510472	<i>Taro-Apixaban</i>	Sun Pharma	60	24,00	➡ 0,4000
			180	72,00	➡ 0,4000
02485001	<i>Teva-Apixaban</i>	Teva Can	100	40,00	➡ 0,4000
			500	200,00	➡ 0,4000

DALTÉPARINE SODIQUE

Sol. Inj.

25 000 U/mL

02231171	<i>Fragmin</i>	Pfizer	3,8 ml	151,32	

Sol. Inj. (ser)

3500 UI/0,28 mL

02430789	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	7,06	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE	
Sol. Inj. S.C. (ser)			2 500 UI/0,2 mL			
02132621	Fragmin	Pfizer	1	5,04		
Sol. Inj. S.C. (ser)			5 000 UI/0,2 mL			
02132648	Fragmin	Pfizer	1	10,09		
Sol. Inj. S.C. (ser)			7 500 UI/0,3 ml			
02352648	Fragmin	Pfizer	1	15,13		
Sol. Inj. S.C. (ser)			10 000 UI/0,4 mL			
02352656	Fragmin	Pfizer	1	20,18		
Sol. Inj. S.C. (ser)			12 500 UI/0,5 mL			
02352664	Fragmin	Pfizer	1	25,22		
Sol. Inj. S.C. (ser)			15 000 UI/0,6 mL			
02352672	Fragmin	Pfizer	1	30,26		
Sol. Inj. S.C. (ser)			16 500 UI/0,66 mL			
02494582	Fragmin	Pfizer	1	33,29	33,2900	
			5	166,45		
Sol. Inj. S.C. (ser)			18 000 UI/0,72 mL			
02352680	Fragmin	Pfizer	1	36,32		
EDOXABAN 						
Co.			15 mg PPB			
*	02458640	Lixiana	Servier	30	85,20	R
	02553414	Sandoz Edoxaban	Sandoz	100	146,97	➡ 1,4697
	02554208	Teva-Edoxaban	Teva Can	30	44,09	➡ 1,4697
Co.			30 mg PPB			
*	02557282	JAMP Edoxaban	Jamp	30	22,04	➡ 0,7348
	02458659	Lixiana	Servier	30	85,20	R
			Pro Doc	30	22,04	➡ 0,7348
	02556960	Pro-Edoxaban	100	73,48	➡ 0,7348	
			30	22,04	➡ 0,7348	
	02553422	Sandoz Edoxaban	Sandoz	30	22,04	➡ 0,7348
			100	73,48	➡ 0,7348	
	02554216	Teva-Edoxaban	Teva Can	30	22,04	➡ 0,7348
			100	73,48	➡ 0,7348	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

60 mg **PPB**

02557290	<i>JAMP Edoxaban</i>	Jamp	30	22,04	➡ 0,7348
			100	73,48	➡ 0,7348
* 02458667	<i>Lixiana</i>	Servier	30	85,20	R
02556979	<i>Pro-Edoxaban</i>	Pro Doc	30	22,04	➡ 0,7348
			100	73,48	➡ 0,7348
02553430	<i>Sandoz Edoxaban</i>	Sandoz	30	22,04	➡ 0,7348
			100	73,48	➡ 0,7348
02554224	<i>Teva-Edoxaban</i>	Teva Can	30	22,04	➡ 0,7348
			100	73,48	➡ 0,7348

ÉNOXAPARINE SODIQUE

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL

02509121	<i>Redesca</i>	Valeo	3 ml	49,62	

Sol. Inj. S.C. (ser)

30 mg/ 0,3 mL

02539977	<i>Axberi</i>	Baxter	10	49,12	4,9124
02532247	<i>Elonox</i>	Fresenius	10	49,12	4,9124
02507501	<i>Inclunox</i>	Sandoz	10	49,62	4,9620
02506459	<i>Noromby</i>	Juno	10	49,12	4,9124
02509075	<i>Redesca</i>	Valeo	10	49,62	4,9620

Sol. Inj. S.C. (ser)

40 mg/0,4 mL

02539985	<i>Axberi</i>	Baxter	10	65,50	6,5498
02532255	<i>Elonox</i>	Fresenius	10	65,50	6,5498
02507528	<i>Inclunox</i>	Sandoz	10	66,16	6,6160
02506467	<i>Noromby</i>	Juno	10	65,50	6,5498
02509083	<i>Redesca</i>	Valeo	10	66,16	6,6160

Sol. Inj. S.C. (ser)

60 mg/0,6 mL

02540002	<i>Axberi</i>	Baxter	10	98,25	9,8248
02532263	<i>Elonox</i>	Fresenius	10	98,25	9,8248
02507536	<i>Inclunox</i>	Sandoz	10	99,24	9,9240
02506475	<i>Noromby</i>	Juno	10	98,25	9,8248
02509091	<i>Redesca</i>	Valeo	10	99,24	9,9240

Sol. Inj. S.C. (ser)

80 mg/0,8 mL

02540010	<i>Axberi</i>	Baxter	10	131,00	13,0997
02532271	<i>Elonox</i>	Fresenius	10	131,00	13,0997
02507544	<i>Inclunox</i>	Sandoz	10	132,32	13,2320
02506483	<i>Noromby</i>	Juno	10	131,00	13,0997
02509105	<i>Redesca</i>	Valeo	10	132,32	13,2320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj. S.C. (ser)

100 mg/1,0 mL

02540045	<i>Axberi</i>	Baxter	10	163,75	16,3746
02532298	<i>Elonox</i>	Fresenius	10	163,75	16,3746
02507552	<i>Inclunox</i>	Sandoz	10	165,40	16,5400
02506491	<i>Noromby</i>	Juno	10	163,75	16,3746
02509113	<i>Redesca</i>	Valeo	10	165,40	16,5400

Sol. Inj. S.C. (ser)

120 mg/0,8 mL

02540029	<i>Axberi HP</i>	Baxter	10	196,50	19,6495
02532301	<i>Elonox HP</i>	Fresenius	10	196,50	19,6495
02507560	<i>Inclunox HP</i>	Sandoz	2	39,70	19,8480
02506505	<i>Noromby HP</i>	Juno	10	196,50	19,6495
02509148	<i>Redesca HP</i>	Valeo	10	198,48	19,8480

Sol. Inj. S.C. (ser)

150 mg/1,0 mL

02540037	<i>Axberi HP</i>	Baxter	10	245,62	24,5619
02532328	<i>Elonox HP</i>	Fresenius	10	245,62	24,5619
02507579	<i>Inclunox HP</i>	Sandoz	2	49,62	24,8100
02506513	<i>Noromby HP</i>	Juno	10	245,62	24,5619
02509156	<i>Redesca HP</i>	Valeo	10	248,10	24,8100

FONDAPARINUX

Sol. Inj. S.C. (ser)

2,5 mg/0,5 mL

PPB

02245531	<i>Arixtra</i>	Aspen	1	➡	9,86	
02406853	<i>Solution injectable de fondaparinux sodique</i>	Dr Reddy's	1	➡	9,86	

Sol. Inj. S.C. (ser)

7,5 mg/0,6 mL

PPB

02258056	<i>Arixtra</i>	Aspen	1	➡	17,50	
02406896	<i>Solution injectable de fondaparinux sodique</i>	Dr Reddy's	1	➡	17,50	

HÉPARINE SODIQUE

Sol. Inj.

100 U/mL

00727520	<i>Héparine Léo</i>	Leo	10 ml	4,26	

Sol. Inj.

1 000 U/mL

00453811	<i>Héparine</i>	Leo	10 ml	5,01	

Sol. Inj.

10 000 U/mL

02382326	<i>Héparine sodique injectable, USP</i>	Pfizer	1 ml	5,01	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

NADROPARINE CALCIQUE

Sol. Inj. S.C. (ser)		2 850 U/0,3 mL			
02236913	Fraxiparine	Aspen	1	2,72	

Sol. Inj. S.C. (ser)		3 800 U/0,4 mL			
02450623	Fraxiparine	Aspen	1	3,63	

Sol. Inj. S.C. (ser)		5 700 U/0,6 mL			
02450631	Fraxiparine	Aspen	1	5,44	

Sol. Inj. S.C. (ser)		9 500 U/1,0 mL			
02450658	Fraxiparine	Aspen	1	9,06	

Sol. Inj. S.C. (ser)		11 400 U/0,6 mL			
02450674	Fraxiparine Forte	Aspen	1	10,87	

Sol. Inj. S.C. (ser)		15 200 U/0,8 mL			
02450666	Fraxiparine Forte	Aspen	1	14,50	

Sol. Inj. S.C. (ser)		19 000 U/1,0 mL			
02240114	Fraxiparine Forte	Aspen	1	18,12	

RIVAROXABAN

Co.		10 mg PPB			
02527995	AG-Rivaroxaban	Angita	100	71,75 ➡	0,7175
02470497	Apo-Rivaroxaban	Apotex	50	35,88 ➡	0,7175
02549336	Bio-Rivaroxaban	Biomed	30	21,53 ➡	0,7175
			100	71,75 ➡	0,7175
02516292	JAMP Rivaroxaban	Jamp	100	71,75 ➡	0,7175
02551616	M-Rivaroxaban	Mantra Ph.	30	21,53 ➡	0,7175
			100	71,75 ➡	0,7175
02555115	NB-Rivaroxaban	NB Pharma	100	71,75 ➡	0,7175
02512041	pms-Rivaroxaban	Phmscience	100	71,75 ➡	0,7175
02540975	Pro-Rivaroxaban	Pro Doc	100	71,75 ➡	0,7175
02472414	Reddy-Rivaroxaban	Dr Reddy's	50	35,88 ➡	0,7175
02540843	Riva Rivaroxaban	Riva	100	71,75 ➡	0,7175
02547902	Rivaroxaban	Sanis	100	71,75 ➡	0,7175
02541475	Rivaroxaban	Sivem	100	71,75 ➡	0,7175
02482223	Sandoz Rivaroxaban	Sandoz	100	71,75 ➡	0,7175
02483807	Taro-Rivaroxaban	Taro	50	35,88 ➡	0,7175
			500	358,75 ➡	0,7175
02507196	Teva-Rivaroxaban	Teva Can	30	21,53 ➡	0,7175
			100	71,75 ➡	0,7175
02316986	Xarelto	Bayer	50	142,00	2,8400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

15 mg **PPB**

02528002	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	100	71,75	➡	0,7175
02470500	<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02549344	<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02516306	<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	100	71,75	➡	0,7175
02551624	<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02555123	<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	100	71,75	➡	0,7175
02512068	<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	100	71,75	➡	0,7175
			3500	2511,25	➡	0,7175
02540983	<i>Pro-Rivaroxaban</i>	Pro Doc	100	71,75	➡	0,7175
02472430	<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	90	64,58	➡	0,7175
02540851	<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	100	71,75	➡	0,7175
02547910	<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	100	71,75	➡	0,7175
02541483	<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	100	71,75	➡	0,7175
02482231	<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	100	71,75	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02483815	<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	90	64,58	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02507218	<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02378604	<i>Xarelto</i>	Bayer	90	255,60		2,8400

Co.

20 mg **PPB**

02528010	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	100	71,75	➡	0,7175
02470519	<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02549352	<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02516314	<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	100	71,75	➡	0,7175
02551632	<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02555131	<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	100	71,75	➡	0,7175
02512076	<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	100	71,75	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02540991	<i>Pro-Rivaroxaban</i>	Pro Doc	100	71,75	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02472422	<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	90	64,58	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02540878	<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	100	71,75	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02547929	<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	500	358,75	➡	0,7175
02541491	<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	100	71,75	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02482258	<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	100	71,75	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02483823	<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	90	64,58	➡	0,7175
			500	358,75	➡	0,7175
02507226	<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	30	21,53	➡	0,7175
			100	71,75	➡	0,7175
02378612	<i>Xarelto</i>	Bayer	90	255,60		2,8400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TINZAPARINE SODIQUE

Sol. Inj. S.C.

10 000 UI/mL

02167840	Innohep	Leo	2 ml	33,43	

Sol. Inj. S.C.

20 000 UI/mL (2 mL)

02229515	Innohep	Leo	10	679,00	67,9000

Sol. Inj. S.C. (ser)

2 500 UI/0,25 mL

02229755	Innohep	Leo	10	42,15	4,2150

Sol. Inj. S.C. (ser)

3 500 UI/0,35 mL

02358158	Innohep	Leo	10	59,00	5,9000

Sol. Inj. S.C. (ser)

4 500 UI/0,45 mL

02358166	Innohep	Leo	10	75,80	7,5800

Sol. Inj. S.C. (ser)

8 000 UI/0,4 mL

02429462	Innohep	Leo	10	137,71	13,7710

Sol. Inj. S.C. (ser)

10 000 UI/ 0,5 mL

02231478	Innohep	Leo	10	167,70	16,7700

Sol. Inj. S.C. (ser)

12 000 UI/0,6 mL

02429470	Innohep	Leo	10	206,57	20,6570

Sol. Inj. S.C. (ser)

14 000 UI/ 0,7 mL

02358174	Innohep	Leo	10	241,00	24,1000

Sol. Inj. S.C. (ser)

16 000 UI/0,8 mL

02429489	Innohep	Leo	10	275,43	27,5430

Sol. Inj. S.C. (ser)

18 000 UI/0,9 mL

02358182	Innohep	Leo	10	309,85	30,9850

WARFARINE SODIQUE

Co.

1 mg PPB

02242924	Apo-Warfarin	Apotex	100	7,80	➡	0,0780
			500	39,00	➡	0,0780
02242680	Taro-Warfarin	Taro	100	7,80	➡	0,0780
			250	19,50	➡	0,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				2 mg PPB	
02242925	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	8,25 ➡	0,0825
			500	41,25 ➡	0,0825
02242681	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	8,25 ➡	0,0825
			250	20,63 ➡	0,0825

Co.				2,5 mg PPB	
02242926	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	6,60 ➡	0,0660
			500	33,00 ➡	0,0660
02242682	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	6,60 ➡	0,0660
			250	16,50 ➡	0,0660

Co.				3 mg PPB	
02245618	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	10,23 ➡	0,1023
02242683	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	10,23 ➡	0,1023

Co.				4 mg PPB	
02242927	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	10,23 ➡	0,1023
			500	51,15 ➡	0,1023
02242684	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	10,23 ➡	0,1023
			250	25,58 ➡	0,1023

Co.				5 mg PPB	
02242928	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	6,62 ➡	0,0662
			500	33,10 ➡	0,0662
02242685	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	6,62 ➡	0,0662
			250	16,55 ➡	0,0662

Co.				6 mg	
* 02242686	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	18,60	0,1860

Co.				7,5 mg	
02242697	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	30,14	0,3014

Co.				10 mg PPB	
02242929	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	11,87 ➡	0,1187
02242687	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	11,87 ➡	0,1187

20:12.14

AGENTS ANTIPLAQUETTAIRES

ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D')

Caps.

				0,5 mg	
02274949	<i>pms-Anagrelide</i>	Phmscience	100	263,61	2,6361

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

20:12.18

INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

CLOPIDOGREL (BISULFATE DE)

Co.

75 mg **PPB**

02303027	<i>ACT Clopidogrel</i>	Teva Can	30	7,89	R
			500	131,55	R
02431971	<i>AG-Clopidogrel</i>	Angita	30	7,89	➡ 0,2631
			100	26,31	➡ 0,2631
02252767	<i>Apo-Clopidogrel</i>	Apotex	30	7,89	➡ 0,2631
			100	26,31	➡ 0,2631
02416387	<i>Auro-Clopidogrel</i>	AuroPharma	30	7,89	➡ 0,2631
			100	26,31	➡ 0,2631
02444895	<i>Bio-Clopidogrel</i>	Biomed	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02394820	<i>Clopidogrel</i>	Pro Doc	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02400553	<i>Clopidogrel</i>	Sanis	500	131,55	➡ 0,2631
02385813	<i>Clopidogrel</i>	Sivem	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02415550	<i>Jamp-Clopidogrel</i>	Jamp	30	7,89	➡ 0,2631
			100	26,31	➡ 0,2631
02422255	<i>Mar-Clopidogrel</i>	Marcan	100	26,31	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02502283	<i>M-Clopidogrel</i>	Mantra Ph.	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02408910	<i>Mint-Clopidogrel</i>	Mint	500	131,55	➡ 0,2631
02482037	<i>NRA-Clopidogrel</i>	Nora	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02238682	<i>Plavix</i>	SanofiAven	28	74,23	2,6511
			90	238,60	2,6511
02348004	<i>Pms-Clopidogrel</i>	Phmscience	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02388529	<i>Riva-Clopidogrel</i>	Riva	30	7,89	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
02379813	<i>Taro-Clopidogrel</i>	Sun Pharma	100	26,31	➡ 0,2631
			500	131,55	➡ 0,2631
* 02293161	<i>Teva Clopidogrel</i>	Teva Can	30	7,89	➡ 0,2631
			100	26,31	➡ 0,2631

20:16

AGENTS HÉMATOPOÏÉTIQUES

FILGRASTIM

Sol. inj.

300 mcg/mL (1,0 mL)

02485591	<i>Nivestym</i>	Pfizer	10	1056,80	105,6798

Sol. inj.

300 mcg/mL (1,6mL)

02485656	<i>Nivestym</i>	Pfizer	10	1690,87	169,0872

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj. (ser)		600 mcg/mL (0,5 mL)			
02556537	<i>Filra</i>	Jamp	1	105,68	105,6798
			10	1056,80	
02441489	<i>Grastofil</i>	Apotex	1	105,68	105,6798
			10	1056,80	
02485575	<i>Nivestym</i>	Pfizer	1	105,68	105,6798
			10	1056,80	
02520990	<i>Nypozi</i>	Tanvex	1	105,68	105,6798
			10	1056,80	

Sol. Inj. (ser)		600 mcg/mL (0,8 mL)			
02556545	<i>Filra</i>	Jamp	1	169,09	169,0872
			10	1690,87	
02454548	<i>Grastofil</i>	Apotex	1	169,09	169,0872
			10	1690,87	
02485583	<i>Nivestym</i>	Pfizer	1	169,09	169,0872
			10	1690,87	
02521008	<i>Nypozi</i>	Tanvex	1	169,09	169,0872
			10	1690,87	

PEGFILGRASTIM

Sol. Inj. S.C. (ser)		10 mg/mL (0,6 mL)			
02484153	<i>Fulphila</i>	Biocon	1	492,00	
02474565	<i>Lapelga</i>	Apotex	1	492,00	
02546973	<i>Niopeg</i>	Nora	1	492,00	
02506238	<i>Nyvepria</i>	Pfizer	1	1375,00	
02553945	<i>Pexegra</i>	Jamp	1	492,00	
02497395	<i>Ziextenzo</i>	Sandoz	1	492,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)		10 mg/mL (0,6 mL)			
02529343	<i>Lapelga</i>	Apotex	1	1375,00	

20:28.16

HÉMOSTATIQUES

TRANEXAMIQUE (ACIDE)

Co.		500 mg PPB			
02401231	<i>Acide Tranexamique</i>	Sterimax	100	29,67 ➡	0,2967
02064405	<i>Cyklokapron</i>	Pfizer	100	102,48	1,0248
02496232	<i>Mar-Tranexamic Acid</i>	Marcan	100	29,67 ➡	0,2967
02549395	<i>M-Tranexamic Acid</i>	Mantra Ph.	100	29,67 ➡	0,2967
02519194	<i>Tranexamic Acide</i>	Jamp	100	29,67 ➡	0,2967

24:00

MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES

24:04	médicaments pour le coeur
24:04.04	agents anti-arythmiques
24:04.08	agents cardiotoniques
24:06	agents hypolipémiants
24:06.04	chélateurs des acides biliaires
24:06.05	inhibiteurs de l'absorption du cholestérol
24:06.06	dérivés de l'acide fibrique
24:06.08	inhibiteurs de l'hmg-coa réductase
24:08	agents vasodilatateurs
24:08.08	nitrates et nitrites
24:08.16	vasodilatateurs à action directe
24:16	alphabloquants
24:20	bêta-bloquants
24:24	agonistes alpha-adrénergiques
24:28	inhibiteurs calciques
24:28.08	dihydropyridines
24:28.92	inhibiteurs calciques, divers
24:32	inhib. système rénine-angiotensine-aldostérone
24:32.04	inhib. enzyme de conversion de l'angiotensine
24:32.08	antagonistes des récepteurs de l'angiotensine ii
24:32.20	antagonistes des récepteurs de l'aldostérone

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:04.04

AGENTS ANTI-ARYTHMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')

Co.

				100 mg	
02292173	<i>pms-Amiodarone</i>	Phmscience	100	67,76	0,6776

Co.

				200 mg	PPB	
02364336	<i>Amiodarone</i>	Sanis	100	37,06	➡	0,3706
02385465	<i>Amiodarone</i>	Sivem	100	37,06	➡	0,3706
02246194	<i>Apo-Amiodarone</i>	Apotex	100	37,06	➡	0,3706
02531844	<i>JAMP Amiodarone</i>	Jamp	100	37,06	➡	0,3706
02242472	<i>pms-Amiodarone</i>	Phmscience	100	37,06	➡	0,3706
02309661	<i>Pro-Amiodarone-200</i>	Pro Doc	100	37,06	➡	0,3706
02247217	<i>Riva-Amiodarone</i>	Riva	100	37,06	➡	0,3706
02243836	<i>Sandoz Amiodarone</i>	Sandoz	100	37,06	➡	0,3706
02239835	<i>Teva-Amiodarone</i>	Teva Can	100	37,06	➡	0,3706

DISOPYRAMIDE

Caps.

				100 mg	
02224801	<i>Rythmodan</i>	Cheplaphar	84	18,93	0,2254

FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE)

Co.

				50 mg	PPB	
02516063	<i>AG-Flecainide</i>	Angita	100	13,89	➡	0,1389
02459957	<i>Auro-Flecainide</i>	AuroPharma	100	13,89	➡	0,1389
			1000	138,90	➡	0,1389
02275538	<i>Flecainide</i>	Apotex	100	13,89	➡	0,1389
02534800	<i>Flecainide</i>	Sanis	100	13,89	➡	0,1389
02493705	<i>Jamp Flecainide</i>	Jamp	100	13,89	➡	0,1389
			500	69,45	➡	0,1389
02476177	<i>Mar-Flecainide</i>	Marcan	100	13,89	➡	0,1389
02530066	<i>NRA-Flecainide</i>	Nora	100	13,89	➡	0,1389

Co.

				100 mg	PPB	
02516071	<i>AG-Flecainide</i>	Angita	100	27,79	➡	0,2779
02459965	<i>Auro-Flecainide</i>	AuroPharma	100	27,79	➡	0,2779
			1000	277,90	➡	0,2779
02275546	<i>Flecainide</i>	Apotex	100	27,79	➡	0,2779
02534819	<i>Flecainide</i>	Sanis	100	27,79	➡	0,2779
02493713	<i>Jamp Flecainide</i>	Jamp	100	27,79	➡	0,2779
			500	138,95	➡	0,2779
02476185	<i>Mar-Flecainide</i>	Marcan	100	27,79	➡	0,2779
02530074	<i>NRA-Flecainide</i>	Nora	100	27,79	➡	0,2779

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.				100 mg	PPB	
02536846	Mint-Mexiletine	Mint	100	73,46	➡	0,7346
02230359	Teva-Mexiletine	Teva Can	100	73,46	➡	0,7346

Caps.				200 mg	PPB	
02536854	Mint-Mexiletine	Mint	100	98,37	➡	0,9837
02230360	Teva-Mexiletine	Teva Can	100	98,37	➡	0,9837

PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				150 mg	PPB	
02243324	Apo-Propafenone	Apotex	100	63,06	➡	0,6306
02457172	Mylan-Propafenone	Mylan	100	63,06	➡	0,6306
00603708	Rythmol	BGP Pharma	100	94,10		0,9410

Co.				300 mg	PPB	
02243325	Apo-Propafenone	Apotex	100	111,16	➡	1,1116
02457164	Mylan-Propafenone	Mylan	100	111,16	➡	1,1116
00603716	Rythmol	BGP Pharma	100	165,86		1,6586

24:04.08

AGENTS CARDIOTONIQUES

DIGOXINE

Co.				0,0625 mg	PPB	
02554399	Auro-Digoxin	AuroPharma	250	27,23	➡	0,1089
			500	54,45	➡	0,1089
02498502	Jamp Digoxin	Jamp	100	10,89	➡	0,1089
02335700	pms-Digoxin	Phmscience	250	27,23	➡	0,1089

Co.				0,125 mg	PPB	
02554402	Auro-Digoxin	AuroPharma	250	25,75	➡	0,1030
			500	51,50	➡	0,1030
02498510	Jamp Digoxin	Jamp	100	10,30	➡	0,1030
02335719	pms-Digoxin	Phmscience	250	25,75	➡	0,1030

Sol. Orale				0,05 mg/mL		
* 02242320	pms-Digoxin	Phmscience	115 ml	200,48		1,7433

MILRINONE (LACTATE DE)

Sol. Inj. I.V.				1 mg/mL	PPB	
02521407	Lactate de milrinone injectable	Marcan	10 ml	➡	39,78	
02244622	Milrinone Lactate Injection	Fresenius	10 ml	➡	39,78	
			20 ml	➡	79,56	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:06.04

CHÉLATEURS DES ACIDES BILIAIRES

CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE)

Pd. Orale

4 g/sac. **PPB**

02455609	<i>Cholestyramine-Odan</i>	Odan	30	27,65	➡	0,9217
02478595	<i>Jamp-Cholestyramine</i>	Jamp	30	27,65	➡	0,9217
02210320	<i>Olestyr</i>	Phmscience	30	27,65	➡	0,9217

24:06.05

INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL

ÉZÉTIMIBE

Co.

10 mg **PPB**

02425610	<i>ACH-Ezetimibe</i>	Accord	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02475898	<i>AG-Ezetimibe</i>	Angita	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02427826	<i>Apo-Ezetimibe</i>	Apotex	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02469286	<i>Auro-Ezetimibe</i>	AuroPharma	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02425211	<i>Bio-Ezetimibe</i>	Biomed	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02422549	<i>Ezetimibe</i>	Pro Doc	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02478544	<i>Ezetimibe</i>	Riva	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02431300	<i>Ezetimibe</i>	Sanis	100	18,11	➡	0,1811
			500	90,55	➡	0,1811
02429659	<i>Ezetimibe</i>	Sivem	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02247521	<i>Ezetrol</i>	Organon	30	52,20		1,7400
02460750	<i>GLN-Ezetimide</i>	Glenmark	100	18,11	➡	0,1811
02423235	<i>Jamp-Ezetimibe</i>	Jamp	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02422662	<i>Mar-Ezetimibe</i>	Marcan	100	18,11	➡	0,1811
			500	90,55	➡	0,1811
02467437	<i>M-Ezetimibe</i>	Mantra Ph.	30	5,43	➡	0,1811
			500	90,55	➡	0,1811
02423243	<i>Mint-Ezetimibe</i>	Mint	100	18,11	➡	0,1811
02536420	<i>NRA-Ezetimibe Tablets</i>	Nora	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02481669	<i>NRA-Ezetimide</i>	Nora	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02416409	<i>pms-Ezetimibe</i>	Phmscience	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02419548	<i>Ran-Ezetimibe</i>	Ranbaxy	100	18,11	➡	0,1811
			500	90,55	➡	0,1811
02416778	<i>Sandoz Ezetimibe</i>	Sandoz	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811
02354101	<i>Teva-Ezetimibe</i>	Teva Can	30	5,43	➡	0,1811
			100	18,11	➡	0,1811

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:06.06

DÉRIVÉS DE L'ACIDE FIBRIQUE

BÉZAFIBRATE

Co. L.A.

400 mg **PPB**

02083523	Bezalip S.R.	Aralez	30	15,21	➡	0,5069
02453312	Jamp-Bezafibrate SR	Jamp	30	15,21	➡	0,5069

FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ)

Co.

100 mg

02246859	AA-Feno Super	AA Pharma	100	54,06		0,5406

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ OU MICROENROBÉ OU MICRONISÉ)

Co. ou Caps.

145 mg ou 160 mg ou 200 mg **PPB**

02246860	AA-Feno Super	AA Pharma	100	27,22	➡	0,2722
02239864	Feno-Micro (200 mg)	AA Pharma	100	27,22	➡	0,2722
02269082	Lipidil EZ (145 mg)	BGP Pharma	30	32,16		1,0720
02241602	Lipidil Supra (160 mg)	BGP Pharma	30	37,27		1,2423
02390701	Sandoz Fenofibrate E (145 mg)	Sandoz	100	27,22	➡	0,2722
02454696	Taro-Fenofibrate E (145 mg)	Sun Pharma	100	27,22	➡	0,2722

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ)

Co.

48 mg **PPB**

02269074	Lipidil EZ	BGP Pharma	30	12,56		0,4187
* 02390698	Sandoz Fenofibrate E	Sandoz	30	10,68	➡	0,3560

GEMFIBROZIL

Co.

600 mg

02142074	Teva-Gemfibrozil	Teva Can	100	51,57		0,5157

24:06.08

INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE

Co.

5 mg -10 mg **PPB**

02411253	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	58,02	➡	0,5802
02273233	Caduet	BGP Pharma	90	67,96		0,7551
02362759	Mylan-Amlodipine/Atorvastatin	Mylan	90	52,22	➡	0,5802

Co.

5 mg - 20 mg **PPB**

02411261	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	68,42	➡	0,6842
02273241	Caduet	BGP Pharma	90	77,32		0,8591
02362767	Mylan-Amlodipine/Atorvastatin	Mylan	90	61,58	➡	0,6842

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 5 mg - 40 mg PPB					
02411288	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➡ 0,7232
02273268	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	80,83	➡ 0,8981
02362775	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	65,09	➡ 0,7232
Co. 5 mg - 80 mg PPB					
02411296	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➡ 0,7232
02273276	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	80,83	➡ 0,8981
02362783	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	65,09	➡ 0,7232
Co. 10 mg - 10 mg PPB					
02411318	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	61,25	➡ 0,6125
02273284	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	82,75	➡ 0,9194
02362791	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	55,13	➡ 0,6125
Co. 10 mg - 20 mg PPB					
02411326	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	76,36	➡ 0,7636
02273292	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	92,11	➡ 1,0234
02362805	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	68,72	➡ 0,7636
Co. 10 mg - 40 mg PPB					
02411334	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➡ 0,8000
02273306	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	95,62	➡ 1,0624
02362813	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	72,00	➡ 0,8000
Co. 10 mg - 80 mg PPB					
02411342	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➡ 0,8000
02273314	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	95,62	➡ 1,0624
02362821	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	72,00	➡ 0,8000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ATORVASTATINE CALCIQUE

Co.

10 mg **PPB**

02457741	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02295261	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	5,23	➡	0,1743
			100	17,43	➡	0,1743
02506076	<i>Atorvastatin</i>	Angita	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02496607	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	87,15	➡	0,1743
02346486	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	87,15	➡	0,1743
02475022	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02348705	<i>Atorvastatin</i>	Sanis	500	87,15	➡	0,1743
02545462	<i>Atorvastatin</i>	Teva Can	30	5,23	➡	0,1743
			100	17,43	➡	0,1743
02411350	<i>Atorvastatin-10</i>	Sivem	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02407256	<i>Auro-Atorvastatin</i>	AuroPharma	90	15,69	➡	0,1743
			100	17,43	➡	0,1743
02481189	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	500	87,15	➡	0,1743
02503387	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02504197	<i>JAMP Atorvastatin Tablets</i>	Jamp	30	5,23	➡	0,1743
			100	17,43	➡	0,1743
02391058	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02230711	<i>Lipitor</i>	BGP Pharma	90	155,69		1,7299
02454017	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02471167	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02479508	<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	500	87,15	➡	0,1743
02392933	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02476517	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02477149	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	17,43	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02507234	<i>pmsc-Atorvastatin</i>	Phmscience	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02521555	<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	500	87,15	➡	0,1743
02417936	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02422751	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02324946	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	5,23	➡	0,1743
			100	17,43	➡	0,1743
02313707	<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	90	15,69	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743
02310899	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	5,23	➡	0,1743
			500	87,15	➡	0,1743

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			20 mg PPB		
02457768	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02295288	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	6,54	➡ 0,2179
			100	21,79	➡ 0,2179
02506084	<i>Atorvastatin</i>	Angita	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02496615	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	108,95	➡ 0,2179
02346494	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	108,95	➡ 0,2179
02475030	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02348713	<i>Atorvastatin</i>	Sanis	500	108,95	➡ 0,2179
02545470	<i>Atorvastatin</i>	Teva Can	30	6,54	➡ 0,2179
			100	21,79	➡ 0,2179
02411369	<i>Atorvastatin-20</i>	Sivem	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02407264	<i>Auro-Atorvastatin</i>	AuroPharma	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02481197	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	500	108,95	➡ 0,2179
02503395	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02504200	<i>JAMP Atorvastatin Tablets</i>	Jamp	30	6,54	➡ 0,2179
			100	21,79	➡ 0,2179
02391066	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02230713	<i>Lipitor</i>	BGP Pharma	90	194,62	➡ 2,1624
02454025	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcen	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02471175	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02479516	<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	500	108,95	➡ 0,2179
02392941	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02476525	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02477157	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	21,79	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02507242	<i>pmsc-Atorvastatin</i>	Phmscience	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02521563	<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	500	108,95	➡ 0,2179
02417944	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02422778	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02324954	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	6,54	➡ 0,2179
			100	21,79	➡ 0,2179
02313715	<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	90	19,61	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179
02310902	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	6,54	➡ 0,2179
			500	108,95	➡ 0,2179

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02457776	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02295296	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02506092	<i>Atorvastatin</i>	Angita	30	7,03	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02496623	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	117,10	➡ 0,2342
02346508	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	117,10	➡ 0,2342
02475049	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02348721	<i>Atorvastatin</i>	Sanis	500	117,10	➡ 0,2342
02545489	<i>Atorvastatin</i>	Teva Can	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02411377	<i>Atorvastatin-40</i>	Sivem	100	23,42	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02407272	<i>Auro-Atorvastatin</i>	AuroPharma	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02481200	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	500	117,10	➡ 0,2342
02503409	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	23,42	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02504219	<i>JAMP Atorvastatin Tablets</i>	Jamp	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02391074	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02230714	<i>Lipitor</i>	BGP Pharma	90	209,22	➡ 2,3247
02454033	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcen	100	23,42	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02471183	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	30	7,03	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02479524	<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	500	117,10	➡ 0,2342
02392968	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02476533	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	30	7,03	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02477165	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	23,42	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02507250	<i>pmsc-Atorvastatin</i>	Phmscience	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02521571	<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	500	117,10	➡ 0,2342
02417952	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02422786	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02324962	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02313723	<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02310910	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	7,03	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.	80 mg PPB				
02457784	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	21,08	➡ 0,2342
02295318	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02506106	<i>Atorvastatin</i>	Angita	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02496631	<i>Atorvastatin</i>	Nora	100	23,42	➡ 0,2342
02346516	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02475057	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02348748	<i>Atorvastatin</i>	Sanis	100	23,42	➡ 0,2342
02545497	<i>Atorvastatin</i>	Teva Can	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02411385	<i>Atorvastatin-80</i>	Sivem	100	23,42	➡ 0,2342
02407280	<i>Auro-Atorvastatin</i>	AuroPharma	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02481219	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	100	23,42	➡ 0,2342
02503417	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	23,42	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02504235	<i>JAMP Atorvastatin Tablets</i>	Jamp	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02391082	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02243097	<i>Lipitor</i>	BGP Pharma	30	69,74	➡ 2,3247
02454041	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	100	23,42	➡ 0,2342
02471191	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02479532	<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	500	117,10	➡ 0,2342
02392976	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	21,08	➡ 0,2342
02476541	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02507269	<i>pmsc-Atorvastatin</i>	Phmscience	90	21,08	➡ 0,2342
02521598	<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	100	23,42	➡ 0,2342
02417960	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02422794	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02324970	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02313758	<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02310929	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	7,03	➡ 0,2342
			90	21,08	➡ 0,2342

FLUVASTATINE SODIQUE

Caps.

				20 mg	
02299224	<i>Teva Fluvastatin</i>	Teva Can	100	22,02	0,2202

Caps.

				40 mg	
02299232	<i>Teva Fluvastatin</i>	Teva Can	100	30,92	0,3092

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LOVASTATINE

Co.

				20 mg	
02220172	<i>Lovastatin</i>	AA Pharma	100	119,31	1,1931

Co.

				40 mg	
02220180	<i>Lovastatin</i>	AA Pharma	100	217,93	2,1793

PRAVASTATINE SODIQUE

Co.

				10 mg	PPB	
02440644	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	29,16	➡	0,2916
02476142	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	29,16	➡	0,2916
02243506	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	8,75	➡	0,2916
			100	29,16	➡	0,2916
02458977	<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	100	29,16	➡	0,2916
02446251	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	29,16	➡	0,2916
02330954	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	8,75	➡	0,2916
			100	29,16	➡	0,2916
02432048	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	29,16	➡	0,2916
02317451	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	8,75	➡	0,2916
			100	29,16	➡	0,2916
02476274	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	8,75	➡	0,2916
			100	29,16	➡	0,2916
02535653	<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	100	29,16	➡	0,2916
02247655	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	29,16	➡	0,2916
02356546	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	8,75	➡	0,2916
			100	29,16	➡	0,2916
02389703	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	8,75	➡	0,2916
			100	29,16	➡	0,2916
02243824	<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	30	8,75	➡	0,2916
02468700	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	29,16	➡	0,2916
02284421	<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	30	8,75	➡	0,2916
			100	29,16	➡	0,2916
02247008	<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	100	29,16	➡	0,2916

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

20 mg **PPB**

02440652	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	34,40	➡	0,3440
02476150	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	34,40	➡	0,3440
02243507	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02458985	<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	100	34,40	➡	0,3440
02446278	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	34,40	➡	0,3440
			500	172,00	➡	0,3440
02330962	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02432056	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	34,40	➡	0,3440
02317478	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02476282	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02535661	<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	100	34,40	➡	0,3440
02247656	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	34,40	➡	0,3440
02356554	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02389738	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02243825	<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02468719	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	34,40	➡	0,3440
02284448	<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	30	10,32	➡	0,3440
			100	34,40	➡	0,3440
02247009	<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	100	34,40	➡	0,3440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

40 mg **PPB**

02440660	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	41,43	➡	0,4143
02476169	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	41,43	➡	0,4143
02243508	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02458993	<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	100	41,43	➡	0,4143
02446286	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	41,43	➡	0,4143
			500	207,15	➡	0,4143
02330970	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02432064	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	41,43	➡	0,4143
02317486	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02476290	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02535688	<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	100	41,43	➡	0,4143
02247657	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	41,43	➡	0,4143
02356562	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02389746	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02243826	<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02468727	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	41,43	➡	0,4143
02284456	<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	30	12,43	➡	0,4143
			100	41,43	➡	0,4143
02247010	<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	100	41,43	➡	0,4143

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ROSUVASTATINE CALCIQUE

Co.

5 mg **PPB**

02438917	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	11,55	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02500132	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	3,85	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02337975	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	3,85	➡	0,1283
			100	12,83	➡	0,1283
02442574	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	30	3,85	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02444968	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	90	11,55	➡	0,1283
02265540	<i>Crestor</i>	AZC	30	38,70		1,2900
02498332	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	3,85	➡	0,1283
			100	12,83	➡	0,1283
02413051	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	3,85	➡	0,1283
			100	12,83	➡	0,1283
02397781	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	12,83	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02496534	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	3,85	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02555492	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	3,85	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02536595	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	3,85	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02378523	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	3,85	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02381176	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	3,85	➡	0,1283
			100	12,83	➡	0,1283
02505576	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	11,55	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02380013	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	3,85	➡	0,1283
			100	12,83	➡	0,1283
02496054	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	64,15	➡	0,1283
02405628	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	64,15	➡	0,1283
02411628	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	3,85	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02338726	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	3,85	➡	0,1283
			100	12,83	➡	0,1283
02382644	<i>Taro-Rosuvastatin</i>	Sun Pharma	100	12,83	➡	0,1283
			500	64,15	➡	0,1283
02354608	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	3,85	➡	0,1283
			100	12,83	➡	0,1283

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				10 mg	PPB
02438925	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	12,18	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02500140	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02337983	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	4,06	➡ 0,1353
			100	13,53	➡ 0,1353
02442582	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02444976	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	90	12,18	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02247162	<i>Crestor</i>	AZC	30	40,80	1,3600
02498340	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	4,06	➡ 0,1353
			100	13,53	➡ 0,1353
02413078	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02397803	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	13,53	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02496542	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02555506	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02536609	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02378531	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02381184	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02505584	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	12,18	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02380056	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	4,06	➡ 0,1353
			100	13,53	➡ 0,1353
02496089	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	67,65	➡ 0,1353
02405636	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	67,65	➡ 0,1353
02411636	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	4,06	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02338734	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	4,06	➡ 0,1353
			100	13,53	➡ 0,1353
02382652	<i>Taro-Rosuvastatin</i>	Sun Pharma	100	13,53	➡ 0,1353
			500	67,65	➡ 0,1353
02354616	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	4,06	➡ 0,1353
			100	13,53	➡ 0,1353

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.	20 mg PPB				
02438933	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	15,23	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02500159	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02337991	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	5,08	➡ 0,1692
			100	16,92	➡ 0,1692
02442590	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02444984	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	90	15,23	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02247163	<i>Crestor</i>	AZC	30	51,00	1,7000
02498359	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	5,08	➡ 0,1692
			100	16,92	➡ 0,1692
02413086	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02397811	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	16,92	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02496550	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02555514	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02536625	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02378558	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02381192	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,08	➡ 0,1692
			100	16,92	➡ 0,1692
02505592	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	15,23	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02380064	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	5,08	➡ 0,1692
			100	16,92	➡ 0,1692
02496070	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	84,60	➡ 0,1692
02405644	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	84,60	➡ 0,1692
02411644	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	5,08	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02338742	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	5,08	➡ 0,1692
			100	16,92	➡ 0,1692
02382660	<i>Taro-Rosuvastatin</i>	Sun Pharma	100	16,92	➡ 0,1692
			500	84,60	➡ 0,1692
02354624	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	5,08	➡ 0,1692
			100	16,92	➡ 0,1692

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02438941	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	17,91	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02500167	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02338009	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02442604	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02444992	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	90	17,91	➡ 0,1990
02247164	<i>Crestor</i>	AZC	30	59,70	➡ 1,9900
02498367	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02413108	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02397838	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	19,90	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02496569	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02555522	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02536633	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02378566	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02381206	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02505606	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	17,91	➡ 0,1990
02380102	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02405652	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	99,50	➡ 0,1990
02411652	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	5,97	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02338750	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990
02382679	<i>Taro-Rosuvastatin</i>	Sun Pharma	100	19,90	➡ 0,1990
			500	99,50	➡ 0,1990
02354632	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	5,97	➡ 0,1990
			100	19,90	➡ 0,1990

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SIMVASTATINE

Co.

5 mg **PPB**

02480050	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	10,23	➡	0,1023
02247011	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	100	10,23	➡	0,1023
02405148	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	100	10,23	➡	0,1023
02375591	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	100	10,23	➡	0,1023
02375036	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	10,23	➡	0,1023
02372932	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	10,23	➡	0,1023
02469979	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	30	3,07	➡	0,1023
			100	10,23	➡	0,1023
02549638	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	10,23	➡	0,1023
02284723	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	10,23	➡	0,1023
02386291	<i>Simvastatin</i>	Sivem	100	10,23	➡	0,1023
02329131	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	100	10,23	➡	0,1023
02250144	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	3,07	➡	0,1023
			100	10,23	➡	0,1023

Co.

10 mg **PPB**

02480069	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	20,23	➡	0,2023
02247012	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	6,07	➡	0,2023
			100	20,23	➡	0,2023
02405156	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	100	20,23	➡	0,2023
			500	101,15	➡	0,2023
02375605	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	6,07	➡	0,2023
			100	20,23	➡	0,2023
02375044	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	20,23	➡	0,2023
			500	101,15	➡	0,2023
02372940	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	20,23	➡	0,2023
02469987	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	20,23	➡	0,2023
02549646	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	20,23	➡	0,2023
02247221	<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	30	6,07	➡	0,2023
			100	20,23	➡	0,2023
02284731	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	20,23	➡	0,2023
02386305	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	6,07	➡	0,2023
			100	20,23	➡	0,2023
02329158	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	6,07	➡	0,2023
			100	20,23	➡	0,2023
02250152	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	6,07	➡	0,2023
			100	20,23	➡	0,2023
00884332	<i>Zocor</i>	Organon	28	54,41		1,9432

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

20 mg **PPB**

02480077	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,01	➡ 0,2501
02247013	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02405164	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	100	25,01	➡ 0,2501
			500	125,05	➡ 0,2501
02375613	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02375052	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,01	➡ 0,2501
			500	125,05	➡ 0,2501
02372959	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,01	➡ 0,2501
02469995	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	➡ 0,2501
			500	125,05	➡ 0,2501
02549654	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	➡ 0,2501
02247222	<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02284758	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,01	➡ 0,2501
02386313	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02329166	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02250160	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
00884340	<i>Zocor</i>	Organon	28	67,71	2,4182

Co.

40 mg **PPB**

02480085	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,01	➡ 0,2501
02247014	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02405172	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	100	25,01	➡ 0,2501
			500	125,05	➡ 0,2501
02375621	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02375060	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,01	➡ 0,2501
02372967	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,01	➡ 0,2501
02470004	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	➡ 0,2501
02549662	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	➡ 0,2501
02247223	<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02284766	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,01	➡ 0,2501
02386321	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02329174	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02250179	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
00884359	<i>Zocor</i>	Organon	28	67,71	2,4182

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

80 mg **PPB**

02480093	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,00	➡	0,2500
02247015	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	➡	0,2500
			100	25,00	➡	0,2500
02405180	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	30	7,50	➡	0,2500
			100	25,00	➡	0,2500
02375648	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	100	25,00	➡	0,2500
02375079	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,00	➡	0,2500
02372975	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,00	➡	0,2500
02470012	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	30	7,50	➡	0,2500
			100	25,00	➡	0,2500
02549670	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,00	➡	0,2500
02247224	<i>Simvastatin</i>	Pro Doc	30	7,50	➡	0,2500
			100	25,00	➡	0,2500
02284774	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,00	➡	0,2500
02386348	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	➡	0,2500
			100	25,00	➡	0,2500
02329182	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	7,50	➡	0,2500
			100	25,00	➡	0,2500
02250187	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	➡	0,2500
			100	25,00	➡	0,2500

24:08.08

NITRATES ET NITRITES

DINITRATE D'ISOSORBIDE

Co.

10 mg

00441686	<i>Isdn</i>	AA Pharma	100	3,65		0,0365

Co.

30 mg

00441694	<i>Isdn</i>	AA Pharma	100	8,57		0,0857

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE

Co. L.A.

60 mg **PPB**

02272830	<i>Apo-ISMN</i>	Apotex	100	35,23	➡	0,3523
02301288	<i>pms-ISMN</i>	Phmscience	30	10,57	➡	0,3523
			100	35,23	➡	0,3523
02311321	<i>Pro-ISMN-60</i>	Pro Doc	100	35,23	➡	0,3523

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE

Pulv. S.- Ling.

0,4 mg **PPB**

02231441	<i>Nitrolingual Pompe</i>	SanofiAven	200 dose(s)	13,37		
02238998	<i>Rho-Nitro</i>	Sandoz	200 dose(s)	➡ 8,42		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.			0,2 mg/h PPB		
02407442	<i>Mylan-Nitro Patch 0.2</i>	Mylan	30	13,39	➡ 0,4463
01911910	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	13,39	➡ 0,4463
02230732	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	13,39	➡ 0,4463

Timbre cut.			0,4 mg/h PPB		
02407450	<i>Mylan-Nitro Patch 0.4</i>	Mylan	30	14,11	➡ 0,4703
01911902	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	14,11	➡ 0,4703
02230733	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	14,11	➡ 0,4703

Timbre cut.			0,6 mg/h PPB		
02407469	<i>Mylan-Nitro Patch 0.6</i>	Mylan	30	14,11	➡ 0,4703
01911929	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	14,11	➡ 0,4703
02230734	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	14,11	➡ 0,4703

Timbre cut.			0,8 mg/h PPB		
02407477	<i>Mylan-Nitro Patch 0.8</i>	Mylan	30	26,23	➡ 0,8743
02011271	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	26,23	➡ 0,8743

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)

Co. S-Ling.			0,3 mg		
00037613	<i>Nitrostat</i>	BGP Pharma	100	16,78	

Co. S-Ling.			0,6 mg		
00037621	<i>Nitrostat</i>	BGP Pharma	100	16,78	

24:08.16

VASODILATEURS À ACTION DIRECTE

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D')

Co.			10 mg PPB		
00441619	<i>Apo-Hydralazine</i>	Apotex	100	3,55	➡ 0,0355
02539802	<i>Hydralazine</i>	Sanis	100	3,55	➡ 0,0355
02457865	<i>Jamp-Hydralazine</i>	Jamp	100	3,55	➡ 0,0355
02468778	<i>Mint-Hydralazine</i>	Mint	100	3,55	➡ 0,0355

Co.			25 mg PPB		
00441627	<i>Apo-Hydralazine</i>	Apotex	100	6,09	➡ 0,0609
02539810	<i>Hydralazine</i>	Sanis	100	6,09	➡ 0,0609
02457873	<i>Jamp-Hydralazine</i>	Jamp	100	6,09	➡ 0,0609
02468786	<i>Mint-Hydralazine</i>	Mint	100	6,09	➡ 0,0609

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MINOXIDIL

Co.				2,5 mg	
00514497	<i>Loniten</i>	Pfizer	100	33,30	0,3330

Co.				10 mg	
00514500	<i>Loniten</i>	Pfizer	100	73,42	0,7342

24:16

ALPHABLOQUANTS

DOXAZOSINE (MÉSYLATE DE)

Co.				1 mg	PPB	
02240588	<i>Apo-Doxazosin</i>	Apotex	100	14,16	➡	0,1416
02489937	<i>Jamp-Doxazosin</i>	Jamp	100	14,16	➡	0,1416
02242728	<i>Teva-Doxazosin</i>	Teva Can	100	14,16	➡	0,1416

Co.				2 mg	PPB	
02240589	<i>Apo-Doxazosin</i>	Apotex	100	16,99	➡	0,1699
02489945	<i>Jamp-Doxazosin</i>	Jamp	100	16,99	➡	0,1699
02242729	<i>Teva-Doxazosin</i>	Teva Can	100	16,99	➡	0,1699

Co.				4 mg	PPB	
02240590	<i>Apo-Doxazosin</i>	Apotex	100	22,09	➡	0,2209
02489953	<i>Jamp-Doxazosin</i>	Jamp	100	22,09	➡	0,2209
02242730	<i>Teva-Doxazosin</i>	Teva Can	100	22,09	➡	0,2209

PRAZOSIN (CHLORHYDRATE DE)

Co.				1 mg	PPB	
00882801	<i>Apo-Prazo</i>	Apotex	100	13,71	➡	0,1371
01934198	<i>Teva-Prazosin</i>	Teva Can	100	13,71	➡	0,1371

Co.				2 mg	PPB	
00882828	<i>Apo-Prazo</i>	Apotex	100	18,62	➡	0,1862
01934201	<i>Teva-Prazosin</i>	Teva Can	100	18,62	➡	0,1862

Co.				5 mg	PPB	
00882836	<i>Apo-Prazo</i>	Apotex	100	25,60	➡	0,2560
01934228	<i>Teva-Prazosin</i>	Teva Can	100	25,60	➡	0,2560

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				1 mg	PPB	
02234502	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	18,35	➡	0,1835
02243518	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	18,35	➡	0,1835

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				2 mg PPB	
02234503	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	23,33 ➡	0,2333
02243519	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	23,33 ➡	0,2333

Co.				5 mg PPB	
02234504	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	67,97 ➡	0,6797
02243520	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	67,97 ➡	0,6797

Co.				10 mg PPB	
02234505	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	46,37 ➡	0,4637
02243521	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	46,37 ➡	0,4637

24:20

BÊTA-BLOQUANTS

ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')

Co.				100 mg PPB	
02147602	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	18,71 ➡	0,1871
			500	93,55 ➡	0,1871
02204517	<i>Teva-Acebutolol</i>	Teva Can	100	18,71 ➡	0,1871

Co.				200 mg PPB	
02147610	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	28,08 ➡	0,2808
			500	140,40 ➡	0,2808
02204525	<i>Teva-Acebutolol</i>	Teva Can	100	28,08 ➡	0,2808

Co.				400 mg PPB	
02147629	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	53,48 ➡	0,5348
02204533	<i>Teva-Acebutolol</i>	Teva Can	100	53,48 ➡	0,5348

ATÉNOLOL

Co.				25 mg PPB	
02369176	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	4,41 ➡	0,0441
02541564	<i>Atenolol</i>	Sivem	100	4,41 ➡	0,0441
02367556	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	100	4,41 ➡	0,0441
02371979	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	100	4,41 ➡	0,0441
			500	22,05 ➡	0,0441
02368013	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	100	4,41 ➡	0,0441
02246581	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	100	4,41 ➡	0,0441
			500	22,05 ➡	0,0441
02326701	<i>Pro-Atenolol</i>	Pro Doc	100	4,41 ➡	0,0441
			500	22,05 ➡	0,0441
02277379	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	100	4,41 ➡	0,0441
			500	22,05 ➡	0,0441
02373963	<i>Taro-Atenolol</i>	Sun Pharma	100	4,41 ➡	0,0441
02266660	<i>Teva-Atenol</i>	Teva Can	100	4,41 ➡	0,0441

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

50 mg **PPB**

02369184	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	9,38	➡ 0,0938
			500	46,90	➡ 0,0938
00773689	<i>Apo-Atenol</i>	Apotex	30	2,81	➡ 0,0938
			500	46,90	➡ 0,0938
02466465	<i>Atenolol</i>	Sanis	100	9,38	➡ 0,0938
			500	46,90	➡ 0,0938
02238316	<i>Atenolol</i>	Sivem	30	2,81	➡ 0,0938
			100	9,38	➡ 0,0938
02367564	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	30	2,81	➡ 0,0938
			100	9,38	➡ 0,0938
02371987	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	30	2,81	➡ 0,0938
			100	9,38	➡ 0,0938
02368021	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	30	2,81	➡ 0,0938
			500	46,90	➡ 0,0938
02237600	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	100	9,38	➡ 0,0938
			500	46,90	➡ 0,0938
00828807	<i>Pro-Atenolol</i>	Pro Doc	30	2,81	➡ 0,0938
			500	46,90	➡ 0,0938
02242094	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	30	2,81	➡ 0,0938
			100	9,38	➡ 0,0938
02267985	<i>Taro-Atenolol</i>	Sun Pharma	30	2,81	➡ 0,0938
			100	9,38	➡ 0,0938
02039532	<i>Tenormin</i>	Search Phm	30	17,91	0,5970
02171791	<i>Teva-Atenolol</i>	Teva Can	100	9,38	➡ 0,0938
			500	46,90	➡ 0,0938

Co.

100 mg **PPB**

02369192	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	15,43	➡ 0,1543
00773697	<i>Apo-Atenol</i>	Apotex	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02466473	<i>Atenolol</i>	Sanis	100	15,43	➡ 0,1543
02238318	<i>Atenolol</i>	Sivem	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02367572	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02371995	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02368048	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02237601	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
00828793	<i>Pro-Atenolol</i>	Pro Doc	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02242093	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02267993	<i>Taro-Atenolol</i>	Sun Pharma	30	4,63	➡ 0,1543
			100	15,43	➡ 0,1543
02039540	<i>Tenormin</i>	Search Phm	30	29,44	0,9813
02171805	<i>Teva-Atenolol</i>	Teva Can	100	15,43	➡ 0,1543

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BISOPROLOL (FUMARATE DE)

Co.				1,25 mg	
02544245	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	100	1,52	0,0152

Co.				2,5 mg	
02544253	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	100	3,03	0,0303

Co.				5 mg	PPB	
02521156	AG-Bisoprolol	Angita	100	6,06	➡	0,0606
02256134	Apo-Bisoprolol	Apotex	100	6,06	➡	0,0606
02391589	Bisoprolol	Sanis	100	6,06	➡	0,0606
02495562	Bisoprolol	Sivem	100	6,06	➡	0,0606
02518805	Jamp Bisoprolol	Jamp	100	6,06	➡	0,0606
02465612	Mint-Bisoprolol	Mint	100	6,06	➡	0,0606
02302632	pms-Bisoprolol	Phmscience	100	6,06	➡	0,0606
02306999	Pro-Bisoprolol-5	Pro Doc	100	6,06	➡	0,0606
02541394	PRZ-Bisoprolol	Pharmaris	28	1,70	➡	0,0606
			100	6,06	➡	0,0606
02494035	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	100	6,06	➡	0,0606
02267470	Teva-Bisoprolol	Teva Can	100	6,06	➡	0,0606

Co.				10 mg	PPB	
02521164	AG-Bisoprolol	Angita	100	8,85	➡	0,0885
02256177	Apo-Bisoprolol	Apotex	100	8,85	➡	0,0885
02391597	Bisoprolol	Sanis	100	8,85	➡	0,0885
02495570	Bisoprolol	Sivem	100	8,85	➡	0,0885
02518791	Jamp Bisoprolol	Jamp	100	8,85	➡	0,0885
02465620	Mint-Bisoprolol	Mint	100	8,85	➡	0,0885
02302640	pms-Bisoprolol	Phmscience	100	8,85	➡	0,0885
02307006	Pro-Bisoprolol-10	Pro Doc	100	8,85	➡	0,0885
02541408	PRZ-Bisoprolol	Pharmaris	28	2,48	➡	0,0885
			100	8,85	➡	0,0885
02494043	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	100	8,85	➡	0,0885
02267489	Teva-Bisoprolol	Teva Can	100	8,85	➡	0,0885

CARVÉDILOL

Co.				3,125 mg	PPB	
02247933	Apo-Carvédilol	Apotex	100	20,60	➡	0,2060
02418495	Auro-Carvédilol	AuroPharma	100	20,60	➡	0,2060
			1000	206,00	➡	0,2060
02324504	Carvédilol	Pro Doc	100	20,60	➡	0,2060
02364913	Carvédilol	Sanis	100	20,60	➡	0,2060
02248752	Carvédilol	Sivem	100	20,60	➡	0,2060
02368897	Jamp-Carvédilol	Jamp	100	20,60	➡	0,2060
02245914	pms-Carvédilol	Phmscience	100	20,60	➡	0,2060
02252309	Teva-Carvédilol	Teva Can	100	20,60	➡	0,2060

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

6,25 mg **PPB**

02247934	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	20,60	➡ 0,2060
02418509	<i>Auro-Carvedilol</i>	AuroPharma	100	20,60	➡ 0,2060
			1000	206,00	➡ 0,2060
02324512	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	20,60	➡ 0,2060
02364921	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	20,60	➡ 0,2060
02248753	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	20,60	➡ 0,2060
02368900	<i>Jamp-Carvedilol</i>	Jamp	100	20,60	➡ 0,2060
02245915	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	20,60	➡ 0,2060
02252317	<i>Teva-Carvédilol</i>	Teva Can	100	20,60	➡ 0,2060

Co.

12,5 mg **PPB**

02247935	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	20,60	➡ 0,2060
02418517	<i>Auro-Carvedilol</i>	AuroPharma	100	20,60	➡ 0,2060
			1000	206,00	➡ 0,2060
02324520	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	20,60	➡ 0,2060
02364948	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	20,60	➡ 0,2060
02248754	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	20,60	➡ 0,2060
02368919	<i>Jamp-Carvedilol</i>	Jamp	100	20,60	➡ 0,2060
02245916	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	20,60	➡ 0,2060
02252325	<i>Teva-Carvédilol</i>	Teva Can	100	20,60	➡ 0,2060

Co.

25 mg **PPB**

02418525	<i>Auro-Carvedilol</i>	AuroPharma	100	20,60	➡ 0,2060
			1000	206,00	➡ 0,2060
02324539	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	20,60	➡ 0,2060
02364956	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	20,60	➡ 0,2060
02248755	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	20,60	➡ 0,2060
02368927	<i>Jamp-Carvedilol</i>	Jamp	100	20,60	➡ 0,2060
02245917	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	20,60	➡ 0,2060
02252333	<i>Teva-Carvédilol</i>	Teva Can	100	20,60	➡ 0,2060

LABETALOL (CHLORHYDRATE DE)

Co.

100 mg **PPB**

02243538	<i>Apo-Labetalol</i>	Apotex	100	19,83	➡ 0,1983
02489406	<i>Riva-Labetalol</i>	Riva	100	19,83	➡ 0,1983
02106272	<i>Trandate</i>	Knight	100	26,00	➡ 0,2600

Co.

200 mg **PPB**

02243539	<i>Apo-Labetalol</i>	Apotex	100	35,04	➡ 0,3504
02489414	<i>Riva-Labetalol</i>	Riva	100	35,04	➡ 0,3504
02106280	<i>Trandate</i>	Knight	100	45,95	➡ 0,4595

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**MÉTOPROLOL (TARTRATE DE) **

Co.

 25 mg **PPB**

02481308	<i>AG-Metoprolol-L</i>	Angita	100	6,43	➡	0,0643
			500	32,15	➡	0,0643
02246010	<i>Apo-Metoprolol</i>	Apotex	100	6,43	➡	0,0643
			1000	64,30	➡	0,0643
02356813	<i>Jamp-Metoprolol-L</i>	Jamp	100	6,43	➡	0,0643
			500	32,15	➡	0,0643
02442116	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	6,43	➡	0,0643
			500	32,15	➡	0,0643
02248855	<i>pms-Metoprolol-L 25 mg</i>	Phmscience	100	6,43	➡	0,0643
			500	32,15	➡	0,0643
02296713	<i>Pro-Metoprolol</i>	Pro Doc	1000	64,30	➡	0,0643
02315300	<i>Riva-Metoprolol-L</i>	Riva	100	6,43	➡	0,0643
			500	32,15	➡	0,0643
02261898	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	6,43	➡	0,0643

Co.

 100 mg **PPB**

02481324	<i>AG-Metoprolol-L</i>	Angita	100	12,50	➡	0,1250
00618640	<i>Apo-Metoprolol 100 mg</i>	Apotex	100	12,50	➡	0,1250
			1000	124,95	➡	0,1250
00751170	<i>Apo-Metoprolol L 100 mg</i>	Apotex	100	12,50	➡	0,1250
			1000	124,95	➡	0,1250
02356848	<i>Jamp-Metoprolol-L</i>	Jamp	100	12,50	➡	0,1250
			500	62,48	➡	0,1250
02350408	<i>Metoprolol 100 mg</i>	Sanis	100	12,50	➡	0,1250
			500	62,48	➡	0,1250
02442132	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	12,50	➡	0,1250
			1000	124,95	➡	0,1250
02230804	<i>pms-Metoprolol-L</i>	Phmscience	100	12,50	➡	0,1250
			500	62,48	➡	0,1250
00648027	<i>Pro-Metoprolol-L</i>	Pro Doc	1000	124,95	➡	0,1250
02315327	<i>Riva-Metoprolol-L</i>	Riva	100	12,50	➡	0,1250
			1000	124,95	➡	0,1250
00648043	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	12,50	➡	0,1250
			500	62,48	➡	0,1250
00842656	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	12,50	➡	0,1250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. ou Co. L.A.

50 mg /100 mg L.A. **PPB**

02481316	<i>AG-Metoprolol-L</i>	Angita	100	6,24	➡ 0,0624
			500	31,19	➡ 0,0624
00618632	<i>Apo-Metoprolol 50 mg</i>	Apotex	100	6,24	➡ 0,0624
			1000	62,38	➡ 0,0624
00749354	<i>Apo-Metoprolol L 50 mg</i>	Apotex	100	6,24	➡ 0,0624
			1000	62,38	➡ 0,0624
02356821	<i>Jamp-Metoprolol-L</i>	Jamp	100	6,24	➡ 0,0624
			500	31,19	➡ 0,0624
02350394	<i>Metoprolol 50 mg</i>	Sanis	100	6,24	➡ 0,0624
			500	31,19	➡ 0,0624
02351404	<i>Metoprolol SR</i>	Pro Doc	100	12,48	R
02442124	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	6,24	➡ 0,0624
			1000	62,38	➡ 0,0624
02230803	<i>pms-Metoprolol-L</i>	Phmscience	500	31,19	➡ 0,0624
			1000	62,38	➡ 0,0624
00648019	<i>Pro-Metoprolol-L</i>	Pro Doc	1000	62,38	➡ 0,0624
02315319	<i>Riva-Metoprolol-L</i>	Riva	100	6,24	➡ 0,0624
			500	31,19	➡ 0,0624
00648035	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	6,24	➡ 0,0624
			500	31,19	➡ 0,0624
00842648	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	6,24	➡ 0,0624
			500	31,19	➡ 0,0624

NADOLOL

Co.

40 mg **PPB**

02496380	<i>Mint-Nadolol</i>	Mint	100	23,75	➡ 0,2375
00782505	<i>Nadolol</i>	Apotex	100	23,75	➡ 0,2375

Co.

80 mg **PPB**

02496399	<i>Mint-Nadolol</i>	Mint	100	34,10	➡ 0,3410
00782467	<i>Nadolol</i>	Apotex	100	34,10	➡ 0,3410

PINDOLOL

Co.

5 mg **PPB**

00869007	<i>Teva-Pindolol</i>	Teva Can	100	40,68	➡ 0,4068
00417270	<i>Visken</i>	Xediton	100	45,71	➡ 0,4571

Co.

10 mg **PPB**

00869015	<i>Teva-Pindolol</i>	Teva Can	100	69,47	➡ 0,6947
00443174	<i>Visken</i>	Xediton	100	78,06	➡ 0,7806

Co.

15 mg

00869023	<i>Teva-Pindolol</i>	Teva Can	100	97,83	➡ 0,9783

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.				10 mg -25 mg	
00568627	Viskazide 10/25	Xediton	105	80,28	0,7646

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)

Co.				10 mg	
00496480	Teva-Propranolol	Teva Can	100 1000	7,68 76,80	0,0768 0,0768

Co.				20 mg	PPB	
02550814	PRZ-Propranolol	Pharmaris	100	11,19	➡	0,1119
00740675	Teva-Propranolol	Teva Can	100	11,19	➡	0,1119
			500	55,95	➡	0,1119

Co.				40 mg	PPB	
02550822	PRZ-Propranolol	Pharmaris	100	12,39	➡	0,1239
00496499	Teva-Propranolol	Teva Can	100	12,39	➡	0,1239
			1000	123,90	➡	0,1239

Co.				80 mg	PPB	
02550830	PRZ-Propranolol	Pharmaris	100	20,57	➡	0,2057
00496502	Teva-Propranolol	Teva Can	100	20,57	➡	0,2057
			500	102,85	➡	0,2057

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE)

Co.				80 mg	PPB	
02210428	Apo-Sotalol	Apotex	100	29,66	➡	0,2966
02368617	Jamp-Sotalol	Jamp	100	29,66	➡	0,2966
			500	148,30	➡	0,2966
02238326	pms-Sotalol	Phmscience	100	29,66	➡	0,2966
			500	148,30	➡	0,2966

Co.				160 mg	PPB	
02167794	Apo-Sotalol	Apotex	100	16,23	➡	0,1623
02368625	Jamp-Sotalol	Jamp	100	16,23	➡	0,1623
			500	81,15	➡	0,1623
02238327	pms-Sotalol	Phmscience	100	16,23	➡	0,1623

TIMOLOL (MALÉATE DE)

Co.				5 mg		
00755842	Timol	AA Pharma	100	16,49		0,1649

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				10 mg	
00755850	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	25,72	0,2572

Co.				20 mg	
00755869	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	50,05	0,5005

24:24

AGONISTES ALPHA-ADRENERGIQUES

CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				0,1 mg	PPB	
02538490	<i>Clonidine</i>	Sivem	100	6,79	➡	0,0679
02462192	<i>Mint-Clonidine</i>	Mint	100	6,79	➡	0,0679
02515784	<i>Sandoz Clonidine</i>	Sandoz	100	6,79	➡	0,0679
02046121	<i>Teva-Clonidine</i>	Teva Can	100	6,79	➡	0,0679

Co.				0,2 mg	PPB	
02538504	<i>Clonidine</i>	Sivem	100	12,12	➡	0,1212
02462206	<i>Mint-Clonidine</i>	Mint	100	12,12	➡	0,1212
02515792	<i>Sandoz Clonidine</i>	Sandoz	100	12,12	➡	0,1212
02046148	<i>Teva-Clonidine</i>	Teva Can	100	12,12	➡	0,1212

MÉTHYLDOPA

Co.				125 mg	
00360252	<i>Méthyl dopa</i>	AA Pharma	100	9,89	0,0989

Co.				250 mg	
00360260	<i>Méthyl dopa</i>	AA Pharma	100	14,33	0,1433

Co.				500 mg	
00426830	<i>Méthyl dopa</i>	AA Pharma	100	25,37	0,2537

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:28.08

DIHYDROPYRIDINES

**AMLODIPINE (BÉSYLATE D') **

Co.

2,5 mg **PPB**

02369222	AG-Amlodipine	Angita	100	7,67	➡	0,0767
02490781	Amlodipine	Altamed	100	7,67	➡	0,0767
02552868	Amlodipine	Angita	100	7,67	➡	0,0767
02492199	Amlodipine	Jamp	100	7,67	➡	0,0767
02326795	Amlodipine	Pro Doc	100	7,67	➡	0,0767
			500	38,35	➡	0,0767
02478587	Amlodipine	Sanis	100	7,67	➡	0,0767
02385783	Amlodipine	Sivem	100	7,67	➡	0,0767
02419556	Amlodipine Besylate	Accord	100	7,67	➡	0,0767
02392127	Bio-Amlodipine	Biomed	100	7,67	➡	0,0767
02357186	Jamp-Amlodipine	Jamp	30	2,30	➡	0,0767
			100	7,67	➡	0,0767
02468018	M-Amlodipine	Mantra Ph.	100	7,67	➡	0,0767
02371707	Mar-Amlodipine	Marcan	100	7,67	➡	0,0767
			500	38,35	➡	0,0767
02556707	NB-Amlodipine	NB Pharma	100	7,67	➡	0,0767
02476452	NRA-Amlodipine	Nora	100	7,67	➡	0,0767
02469022	Pharma-Amlodipine	Phmscience	100	7,67	➡	0,0767
02295148	pms-Amlodipine	Phmscience	100	7,67	➡	0,0767
			500	38,35	➡	0,0767
02522500	PRZ-Amlodipine	Pharmaris	100	7,67	➡	0,0767
02331489	Riva-Amlodipine	Riva	100	7,67	➡	0,0767
			500	38,35	➡	0,0767
02330474	Sandoz Amlodipine	Sandoz	100	7,67	➡	0,0767
			500	38,35	➡	0,0767

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

5 mg **PPB**

02297485	<i>ACT Amlodipine</i>	Teva Can	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02369230	<i>AG-Amlodipine</i>	Angita	500	67,15	➡	0,1343
02490803	<i>Amlodipine</i>	Altamed	250	33,58	➡	0,1343
02552876	<i>Amlodipine</i>	Angita	500	67,15	➡	0,1343
02429217	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02326809	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	500	67,15	➡	0,1343
02331284	<i>Amlodipine</i>	Sanis	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02385791	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02419564	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100	13,43	➡	0,1343
			250	33,58	➡	0,1343
02273373	<i>Apo-Amlodipine</i>	Apotex	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02397072	<i>Auro-Amlodipine</i>	AuroPharma	100	13,43	➡	0,1343
			250	33,58	➡	0,1343
02392135	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02357194	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02468026	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	500	67,15	➡	0,1343
02371715	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcen	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02362651	<i>Mint-Amlodipine</i>	Mint	100	13,43	➡	0,1343
			250	33,58	➡	0,1343
02272113	<i>Mylan-Amlodipine</i>	Mylan	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02556715	<i>NB-Amlodipine</i>	NB Pharma	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
00878928	<i>Norvasc</i>	BGP Pharma	100	129,99		1,2999
			250	324,97		1,2999
02476460	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	250	33,58	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02284065	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02522519	<i>PRZ-Amlodipine</i>	Pharmaris	500	67,15	➡	0,1343
02331497	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02284383	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343
02321858	<i>Taro-Amlodipine</i>	Sun Pharma	100	13,43	➡	0,1343
			500	67,15	➡	0,1343

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

10 mg **PPB**

02297493	<i>ACT Amlodipine</i>	Teva Can	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02369249	<i>AG-Amlodipine</i>	Angita	500	99,65	➡	0,1993
02490811	<i>Amlodipine</i>	Altamed	250	49,83	➡	0,1993
02552884	<i>Amlodipine</i>	Angita	500	99,65	➡	0,1993
02429225	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02326817	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	500	99,65	➡	0,1993
02331292	<i>Amlodipine</i>	Sanis	500	99,65	➡	0,1993
02385805	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02419572	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100	19,93	➡	0,1993
			250	49,83	➡	0,1993
02273381	<i>Apo-Amlodipine</i>	Apotex	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02397080	<i>Auro-Amlodipine</i>	AuroPharma	100	19,93	➡	0,1993
			250	49,83	➡	0,1993
02392143	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02357208	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02468034	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	500	99,65	➡	0,1993
02371723	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcan	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02362678	<i>Mint-Amlodipine</i>	Mint	100	19,93	➡	0,1993
			250	49,83	➡	0,1993
02272121	<i>Mylan-Amlodipine</i>	Mylan	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02556723	<i>NB-Amlodipine</i>	NB Pharma	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
00878936	<i>Norvasc</i>	BGP Pharma	100	192,96		1,9296
			250	482,39		1,9296
02476479	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	250	49,83	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02284073	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02522527	<i>PRZ-Amlodipine</i>	Pharmaris	500	99,65	➡	0,1993
02331500	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02284391	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993
02321866	<i>Taro-Amlodipine</i>	Sun Pharma	100	19,93	➡	0,1993
			500	99,65	➡	0,1993

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE

Co.

5 mg -10 mg **PPB**

02411253	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	58,02	➡	0,5802
02273233	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	67,96		0,7551
02362759	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	52,22	➡	0,5802

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 5 mg - 20 mg PPB					
02411261	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	68,42	➡ 0,6842
02273241	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	77,32	0,8591
02362767	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	61,58	➡ 0,6842
Co. 5 mg - 40 mg PPB					
02411288	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➡ 0,7232
02273268	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	80,83	0,8981
02362775	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	65,09	➡ 0,7232
Co. 5 mg - 80 mg PPB					
02411296	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➡ 0,7232
02273276	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	80,83	0,8981
02362783	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	65,09	➡ 0,7232
Co. 10 mg - 10 mg PPB					
02411318	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	61,25	➡ 0,6125
02273284	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	82,75	0,9194
02362791	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	55,13	➡ 0,6125
Co. 10 mg - 20 mg PPB					
02411326	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	76,36	➡ 0,7636
02273292	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	92,11	1,0234
02362805	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	68,72	➡ 0,7636
Co. 10 mg - 40 mg PPB					
02411334	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➡ 0,8000
02273306	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	95,62	1,0624
02362813	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	72,00	➡ 0,8000
Co. 10 mg - 80 mg PPB					
02411342	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➡ 0,8000
02273314	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	95,62	1,0624
02362821	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	72,00	➡ 0,8000
FÉLODIPINE 					
Co. L.A. 2,5 mg PPB					
02452367	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	38,15	➡ 0,3815
02057778	<i>Plendil</i>	GlenwoodPh	30	15,27	0,5090

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			5 mg PPB		
02452375	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	33,98 ➡	0,3398
00851779	<i>Plendil</i>	GlenwoodPh	30	20,40	0,6800
02280264	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	33,98 ➡	0,3398

Co. L.A.			10 mg PPB		
02452383	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	50,98 ➡	0,5098
00851787	<i>Plendil</i>	GlenwoodPh	30	30,62	1,0207
02280272	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	50,98 ➡	0,5098

NIFÉDIPINE

Caps.			5 mg		
00725110	<i>Nifedipine</i>	AA Pharma	100	36,79	0,3679

Co. L.A. (24 h)			30 mg PPB		
02155907	<i>Adalat XL</i>	Bayer	28	17,28	0,6171
			98	60,48	0,6171
02349167	<i>Mylan-Nifedipine Extended Release</i>	Mylan	100	61,71	0,6171
02421631	<i>Nifedipine ER</i>	Pro Doc	30	18,51 ➡	0,6170
			100	61,70 ➡	0,6170
02533332	<i>pmsc-Nifedipine ER</i>	Phmscience	100	61,70 ➡	0,6170
02534843	<i>Pro-Nifedipine ER</i>	Pro Doc	100	61,70 ➡	0,6170

Co. L.A. (24 h)			60 mg PPB		
02511460	<i>AG-Nifedipine ER</i>	Angita	100	93,73 ➡	0,9373
02511711	<i>Jamp Nifedipine ER</i>	Jamp	100	93,73 ➡	0,9373
02511649	<i>M-Nifedipine ER</i>	Mantra Ph.	100	93,73 ➡	0,9373
02321149	<i>Mylan-Nifedipine Extended Release</i>	Mylan	100	93,74	0,9374
02421658	<i>Nifedipine ER</i>	Pro Doc	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,73 ➡	0,9373
02416301	<i>pms-Nifedipine ER</i>	Phmscience	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,73 ➡	0,9373

NIMODIPINE

Co.			30 mg		
02325926	<i>Nimotop</i>	Lab X.O	100	988,00	9,8800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:28.92

INHIBITEURS CALCIQUES, DIVERS

**DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE) **

Caps. L.A.

120 mg **PPB**

02516101	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	21,33	➡	0,2133
02495376	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	21,33	➡	0,2133
02465353	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	21,33	➡	0,2133
02546434	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	21,33	➡	0,2133
02271605	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	21,33		R
02370441	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	21,33	➡	0,2133
02231150	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	83,49		0,8349

Caps. L.A.

180 mg **PPB**

02516128	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	28,89	➡	0,2889
02495384	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	28,89	➡	0,2889
02465361	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	28,89	➡	0,2889
02546442	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	28,89	➡	0,2889
02271613	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	28,89		R
02370492	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	28,89	➡	0,2889
02231151	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	112,48		1,1248

Caps. L.A.

240 mg **PPB**

02516136	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	38,32	➡	0,3832
02495392	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	38,32	➡	0,3832
02465388	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	38,32	➡	0,3832
02546450	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	38,32	➡	0,3832
02271621	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	38,32		R
02370506	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	38,32	➡	0,3832
02231152	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	149,20		1,4920

Caps. L.A.

300 mg **PPB**

02516144	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	47,19	➡	0,4719
02495406	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	47,19	➡	0,4719
02465396	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	47,19	➡	0,4719
02546469	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	47,19	➡	0,4719
02271648	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	47,19		R
02370514	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	47,19	➡	0,4719
02231154	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	183,75		1,8375

Caps. L.A.

360 mg **PPB**

02516152	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	57,78	➡	0,5778
02495414	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	57,78	➡	0,5778
02465418	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	57,78	➡	0,5778
02546477	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	57,78	➡	0,5778
02271656	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	57,78		R
02370522	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	57,78	➡	0,5778
02231155	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	224,97		2,2497

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. L.A. (24 h)

120 mg **PPB**

02370611	ACT Diltiazem CD	Teva Can	100	35,29	R
			500	176,45	R
02230997	Apo-Diltiaz CD	Apotex	100	35,29	➡ 0,3529
			500	176,45	➡ 0,3529
02400421	Diltiazem CD	Sanis	100	35,29	➡ 0,3529
02445999	Diltiazem CD	Sivem	100	35,29	➡ 0,3529
02528037	Jamp Diltiazem CD	Jamp	100	35,29	➡ 0,3529
02484064	Mar-Diltiazem CD	Marcan	100	35,29	➡ 0,3529
02546086	M-Diltiazem CD	Mantra Ph.	100	35,29	➡ 0,3529
02540924	Pro-Diltiazem CD	Pro Doc	100	35,29	➡ 0,3529
02242538	Teva-Diltiazem CD	Teva Can	100	35,29	➡ 0,3529

Caps. L.A. (24 h)

180 mg **PPB**

02370638	ACT Diltiazem CD	Teva Can	100	46,84	R
			500	234,20	R
02230998	Apo-Diltiaz CD	Apotex	100	46,84	➡ 0,4684
			500	234,20	➡ 0,4684
02400448	Diltiazem CD	Sanis	100	46,84	➡ 0,4684
02446006	Diltiazem CD	Sivem	100	46,84	➡ 0,4684
02528045	Jamp Diltiazem CD	Jamp	100	46,84	➡ 0,4684
02484072	Mar-Diltiazem CD	Marcan	100	46,84	➡ 0,4684
02546094	M-Diltiazem CD	Mantra Ph.	100	46,84	➡ 0,4684
02540932	Pro-Diltiazem CD	Pro Doc	100	46,84	➡ 0,4684
02242539	Teva-Diltiazem CD	Teva Can	100	46,84	➡ 0,4684

Caps. L.A. (24 h)

240 mg **PPB**

02230999	Apo-Diltiaz CD	Apotex	100	62,13	➡ 0,6213
			500	310,65	➡ 0,6213
02400456	Diltiazem CD	Sanis	100	62,13	➡ 0,6213
02446014	Diltiazem CD	Sivem	100	62,13	➡ 0,6213
02528053	Jamp Diltiazem CD	Jamp	100	62,13	➡ 0,6213
02484080	Mar-Diltiazem CD	Marcan	100	62,13	➡ 0,6213
02546108	M-Diltiazem CD	Mantra Ph.	100	62,13	➡ 0,6213
02540940	Pro-Diltiazem CD	Pro Doc	100	62,13	➡ 0,6213
02242540	Teva-Diltiazem CD	Teva Can	100	62,13	➡ 0,6213

Caps. L.A. (24 h)

300 mg **PPB**

02370654	ACT Diltiazem CD	Teva Can	100	77,66	R
02229526	Apo-Diltiaz CD	Apotex	100	77,66	➡ 0,7766
02400464	Diltiazem CD	Sanis	100	77,66	➡ 0,7766
02446022	Diltiazem CD	Sivem	100	77,66	➡ 0,7766
02528061	Jamp Diltiazem CD	Jamp	100	77,66	➡ 0,7766
02484099	Mar-Diltiazem CD	Marcan	100	77,66	➡ 0,7766
02546116	M-Diltiazem CD	Mantra Ph.	100	77,66	➡ 0,7766
02540959	Pro-Diltiazem CD	Pro Doc	100	77,66	➡ 0,7766
02242541	Teva-Diltiazem CD	Teva Can	100	77,66	➡ 0,7766

Co.

30 mg

00771376	Diltiaz	AA Pharma	100	21,68	0,2168

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				60 mg	
00771384	<i>Diltiaz</i>	AA Pharma	100	38,02	0,3802

Co. L.A.				120 mg	
02256738	<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	90	71,39	0,7932

Co. L.A.				180 mg	PPB
02429322	<i>Teva-Diltiazem XC</i>	Teva Can	100	91,95	➡ 0,9195
02256746	<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	90	94,85	1,0539

Co. L.A.				240 mg	PPB
02429330	<i>Teva-Diltiazem XC</i>	Teva Can	100	122,12	➡ 1,2212
02256754	<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	90	126,07	1,4008

Co. L.A.				300 mg	PPB
02429349	<i>Teva-Diltiazem XC</i>	Teva Can	100	121,75	➡ 1,2175
02256762	<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	90	125,82	1,3980

Co. L.A.				360 mg	PPB
02429357	<i>Teva-Diltiazem XC</i>	Teva Can	100	122,11	➡ 1,2211
02256770	<i>Tiazac XC</i>	Bausch H.	90	126,07	1,4008

FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.				5 mg	
* 02246082	<i>Flunarizine</i>	AA Pharma	60	43,22	0,7203
			100	72,03	0,7203

VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.				80 mg	
00782483	<i>AA-Verap</i>	AA Pharma	100	27,35	0,2735

Co.				120 mg	
00782491	<i>AA-Verap</i>	AA Pharma	100	42,50	0,4250

Co. L.A.				120 mg	PPB
01907123	<i>Isoptin SR</i>	BGP Pharma	100	101,78	1,0178
02210347	<i>Mylan-Verapamil SR</i>	Mylan	100	50,78	➡ 0,5078

Co. L.A.				180 mg	PPB
01934317	<i>Isoptin SR</i>	BGP Pharma	100	114,94	1,1494
02450488	<i>Mylan-Verapamil SR</i>	Mylan	100	52,04	➡ 0,5204

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			240 mg PPB		
00742554	<i>Isoptin SR</i>	BGP Pharma	100	153,25	1,5325
02450496	<i>Mylan-Verapamil SR</i>	Mylan	100	50,75 ➡	0,5075
			500	253,75 ➡	0,5075

24:32.04
INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE
**BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) **

Co.			5 mg		
02290332	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	100	55,77	0,5577

Co.			10 mg		
02290340	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	100	65,95	0,6595

Co.			20 mg		
02273918	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	100	75,67	0,7567

**CAPTOPRIL **

Co.			12,5 mg		
01942964	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	10,60	0,1060

Co.			25 mg		
01942972	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	15,00	0,1500

Co.			50 mg		
01942980	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	27,95	R

Co.			100 mg		
01942999	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	51,98	0,5198

Sol. Orale			1 mg/mL (100 mL)		
02543907	<i>Noyada</i>	Ethypharm	1	60,00	

Sol. Orale			5 mg/mL (100 mL)		
02543915	<i>Noyada</i>	Ethypharm	1	65,00	

**CILAZAPRIL **

Co.			1 mg		
02283778	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	34,26	0,3426

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				2,5 mg	PPB	
02291142	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	17,95	➡	0,1795
01911473	<i>Inhibace</i>	Cheplaphar	100	73,23		0,7323
02283786	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	17,95	➡	0,1795

Co.				5 mg	PPB	
02291150	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	20,85	➡	0,2085
01911481	<i>Inhibace</i>	Cheplaphar	100	85,08		0,8508
02283794	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	20,85	➡	0,2085

CILAZAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.				5 mg -12,5 mg	PPB	
02284987	<i>Apo-Cilazapril - HCTZ</i>	Apotex	100	63,06	➡	0,6306
02181479	<i>Inhibace Plus</i>	Cheplaphar	28	23,82		0,8507

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')

Co.				2,5 mg	PPB	
02291878	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	18,63	➡	0,1863
02020025	<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	100	18,63	➡	0,1863
02400650	<i>Enalapril</i>	Sanis	100	18,63	➡	0,1863
02442957	<i>Enalapril</i>	Sivem	100	18,63	➡	0,1863
02474786	<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	100	18,63	➡	0,1863
02459450	<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	100	18,63	➡	0,1863
02311402	<i>Pro-Enalapril-2,5</i>	Pro Doc	100	18,63	➡	0,1863
02299933	<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	100	18,63	➡	0,1863
02352230	<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	100	18,63	➡	0,1863

Co.				5 mg	PPB	
02291886	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	22,03	➡	0,2203
02019884	<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	100	22,03	➡	0,2203
02400669	<i>Enalapril</i>	Sanis	100	22,03	➡	0,2203
02442965	<i>Enalapril</i>	Sivem	100	22,03	➡	0,2203
02474794	<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	100	22,03	➡	0,2203
			500	110,15	➡	0,2203
02459469	<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	100	22,03	➡	0,2203
			500	110,15	➡	0,2203
02311410	<i>Pro-Enalapril-5</i>	Pro Doc	100	22,03	➡	0,2203
02299941	<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	100	22,03	➡	0,2203
02352249	<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	100	22,03	➡	0,2203
00708879	<i>Vasotec</i>	Organon	28	12,52		0,4471

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

10 mg **PPB**

02291894	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	26,47	➡ 0,2647
02019892	<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	100	26,47	➡ 0,2647
02400677	<i>Enalapril</i>	Sanis	100	26,47	➡ 0,2647
02442973	<i>Enalapril</i>	Sivem	100	26,47	➡ 0,2647
02474808	<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,33	➡ 0,2647
02444771	<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02311429	<i>Pro-Enalapril-10</i>	Pro Doc	100	26,47	➡ 0,2647
02299968	<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	100	26,47	➡ 0,2647
02352257	<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	100	26,47	➡ 0,2647
00670901	<i>Vasotec</i>	Organon	28	15,04	0,5371

Co.

20 mg **PPB**

02291908	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	31,95	➡ 0,3195
02019906	<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	100	31,95	➡ 0,3195
02400685	<i>Enalapril</i>	Sanis	100	31,95	➡ 0,3195
02442981	<i>Enalapril</i>	Sivem	100	31,95	➡ 0,3195
02474816	<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	100	31,95	➡ 0,3195
			500	159,75	➡ 0,3195
02444798	<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	100	31,95	➡ 0,3195
			500	159,75	➡ 0,3195
02311437	<i>Pro-Enalapril-20</i>	Pro Doc	100	31,95	➡ 0,3195
02299976	<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	100	31,95	➡ 0,3195
02352265	<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	100	31,95	➡ 0,3195
00670928	<i>Vasotec</i>	Organon	28	18,14	0,6479

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

10 mg -25 mg **PPB**

02352931	<i>Enalapril maleate/HCTZ</i>	AA Pharma	100	100,66	➡ 1,0066
00657298	<i>Vaseretic</i>	Organon	28	29,67	1,0596

FOSINOPRIL SODIQUE

Co.

10 mg **PPB**

02266008	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	21,77	➡ 0,2177
02459388	<i>Fosinopril</i>	Sanis	100	21,77	➡ 0,2177
02331004	<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	100	21,77	➡ 0,2177
02247802	<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	100	21,77	➡ 0,2177

Co.

20 mg **PPB**

02266016	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	26,19	➡ 0,2619
02459396	<i>Fosinopril</i>	Sanis	100	26,19	➡ 0,2619
02331012	<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	100	26,19	➡ 0,2619
02247803	<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	100	26,19	➡ 0,2619

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LISINOPRIL

Co.

5 mg **PPB**

02217481	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	13,47	➡	0,1347
			500	67,33	➡	0,1347
02394472	<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	100	13,47	➡	0,1347
			500	67,33	➡	0,1347
02361531	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	13,47	➡	0,1347
02386232	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	13,47	➡	0,1347
02525186	<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	100	13,47	➡	0,1347
02554488	<i>Lisinopril Tablets</i>	Sivem	100	13,47	➡	0,1347
02285061	<i>Novo-Lisinopril (Type P)</i>	Novopharm	30	4,04		R
			100	13,47		R
02310961	<i>Pro-Lisinopril-5</i>	Pro Doc	100	13,47	➡	0,1347
02294230	<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	100	13,47	➡	0,1347
			500	67,33	➡	0,1347
02285118	<i>Teva-Lisinopril (Type Z)</i>	Teva Can	100	13,47	➡	0,1347
02049333	<i>Zestril</i>	Atnahs	100	55,94		0,5594

Co.

10 mg **PPB**

02217503	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02394480	<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02361558	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02386240	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	16,19	➡	0,1619
02525194	<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	100	16,19	➡	0,1619
02554496	<i>Lisinopril Tablets</i>	Sivem	100	16,19	➡	0,1619
02310988	<i>Pro-Lisinopril-10</i>	Pro Doc	100	16,19	➡	0,1619
02294249	<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	100	16,19	➡	0,1619
			500	80,93	➡	0,1619
02285126	<i>Teva-Lisinopril (Type Z)</i>	Teva Can	100	16,19	➡	0,1619
02049376	<i>Zestril</i>	Atnahs	100	67,23		0,6723

Co.

20 mg **PPB**

02217511	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02394499	<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02361566	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02386259	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	19,45	➡	0,1945
02525208	<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	100	19,45	➡	0,1945
02554518	<i>Lisinopril Tablets</i>	Sivem	100	19,45	➡	0,1945
02310996	<i>Pro-Lisinopril-20</i>	Pro Doc	100	19,45	➡	0,1945
02294257	<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	100	19,45	➡	0,1945
			500	97,24	➡	0,1945
02285134	<i>Teva-Lisinopril (Type Z)</i>	Teva Can	100	19,45	➡	0,1945
02049384	<i>Zestril</i>	Atnahs	100	80,78		0,8078

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LISINAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

10 mg -12,5 mg **PPB**

02362945	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	30 100	6,25 20,83	➡ ➡	0,2083 0,2083
02302136	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	30 100	6,25 20,83		R R
02302365	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	30 100	6,25 20,83	➡ ➡	0,2083 0,2083
02301768	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Teva Can	100	20,83	➡	0,2083
02103729	<i>Zestoretic</i>	Atnahs	100	86,54		0,8654

Co.

20 mg -12,5 mg **PPB**

02362953	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	100	25,03	➡	0,2503
02302144	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	100	25,03		R
02302373	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	30 100	7,51 25,03	➡ ➡	0,2503 0,2503
02301776	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Teva Can	30 100	7,51 25,03	➡ ➡	0,2503 0,2503
02045737	<i>Zestoretic</i>	Atnahs	100	104,00		1,0400

Co.

20 mg -25 mg **PPB**

02362961	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	30 100	7,51 25,03	➡ ➡	0,2503 0,2503
02302152	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	100	25,03		R
02302381	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	30 100	7,51 25,03	➡ ➡	0,2503 0,2503
02301784	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Teva Can	30 100	7,51 25,03	➡ ➡	0,2503 0,2503
02045729	<i>Zestoretic</i>	Atnahs	100	104,00		1,0400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PÉRINDOPRIL ERBUMINE

Co.

2 mg **PPB**

02481677	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	16,32	➡	0,1632
02529491	<i>AG-Perindopril Erbumine</i>	Angita	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02289261	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02459817	<i>Auro-Perindopril</i>	AuroPharma	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02501309	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	16,32	➡	0,1632
02123274	<i>Coversyl</i>	Servier	30	18,88		0,6293
02527200	<i>Jamp Perindopril Erbumine</i>	Jamp	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02477009	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	16,32	➡	0,1632
02474824	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	16,32	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02476762	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	16,32	➡	0,1632
02482924	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02555697	<i>NB-Perindopril</i>	NB Pharma	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02489015	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02488949	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02481634	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	16,32	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02479877	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02470675	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	4,90	➡	0,1632
			500	81,60	➡	0,1632
02472015	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02470225	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	4,90	➡	0,1632
			100	16,32	➡	0,1632
02464985	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	16,32	➡	0,1632

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			4 mg PPB		
02481685	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	20,42	➡ 0,2042
02529505	<i>AG-Perindopril Erbumine</i>	Angita	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02289288	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02459825	<i>Auro-Perindopril</i>	AuroPharma	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02501317	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	20,42	➡ 0,2042
02123282	<i>Coversyl</i>	Servier	30	23,60	0,7867
02527219	<i>Jamp Perindopril Erbumine</i>	Jamp	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02477017	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	20,42	➡ 0,2042
02474832	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	20,42	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02476770	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	20,42	➡ 0,2042
02482932	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02555700	<i>NB-Perindopril</i>	NB Pharma	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02489023	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02488957	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02481642	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	20,42	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02479885	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02470683	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	6,13	➡ 0,2042
			500	102,10	➡ 0,2042
02472023	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02470233	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	6,13	➡ 0,2042
			100	20,42	➡ 0,2042
02464993	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	20,42	➡ 0,2042

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			8 mg PPB		
02481693	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	28,30	➡ 0,2830
02529513	<i>AG-Perindopril Erbumine</i>	Angita	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02289296	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02459833	<i>Auro-Perindopril</i>	AuroPharma	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02501325	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	28,30	➡ 0,2830
02246624	<i>Coversyl</i>	Servier	30	33,05	1,1017
02527227	<i>Jamp Perindopril Erbumine</i>	Jamp	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02477025	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	28,30	➡ 0,2830
02474840	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	28,31	0,2831
			500	141,55	0,2831
02476789	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	28,30	➡ 0,2830
02482940	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02555719	<i>NB-Perindopril</i>	NB Pharma	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02489031	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02488965	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02481650	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	28,30	➡ 0,2830
			500	141,50	➡ 0,2830
02479893	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02470691	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	8,49	➡ 0,2830
			500	141,50	➡ 0,2830
02472031	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02470241	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	8,49	➡ 0,2830
			100	28,30	➡ 0,2830
02465000	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	28,30	➡ 0,2830

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PÉRINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE

Co.

4 mg -1,25 mg **PPB**

02448009	AG-Perindopril/Indapamide	Angita	30	7,67	➡	0,2556
			100	25,56	➡	0,2556
02297574	Apo-Perindopril-Indapamide	Apotex	30	7,67	➡	0,2556
			100	25,56	➡	0,2556
02246569	Coversyl Plus	Servier	30	29,29		0,9763
02554127	Jamp Perindopril / Indapamide	Jamp	30	7,67	➡	0,2556
			100	25,56	➡	0,2556
02523035	Perindopril Erbumine/ Indapamide	Pro Doc	30	7,67	➡	0,2556
			100	25,56	➡	0,2556
02479834	Perindopril Erbumine/ Indapamide	Sivem	30	7,67	➡	0,2556
			100	25,56	➡	0,2556
02519720	Perindopril/Indapamide	Sanis	100	25,56	➡	0,2556
02538008	pms-Perindopril-Indapamide	Phmscience	30	7,67	➡	0,2556
			100	25,56	➡	0,2556
02470438	Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide	Sandoz	30	7,67	➡	0,2556
			100	25,56	➡	0,2556
02464020	Teva-Perindopril/ Indapamide	Teva Can	100	25,56	➡	0,2556

Co.

8 mg - 2,5 mg **PPB**

02448017	AG-Perindopril/Indapamide	Angita	30	8,58	➡	0,2859
			100	28,59	➡	0,2859
02453061	Apo-Perindopril-Indapamide	Apotex	30	8,58	➡	0,2859
			100	28,59	➡	0,2859
02321653	Coversyl Plus HD	Servier	30	32,76		1,0920
02554135	Jamp Perindopril / Indapamide	Jamp	30	8,58	➡	0,2859
			100	28,59	➡	0,2859
02523043	Perindopril Erbumine/ Indapamide HD	Pro Doc	30	8,58	➡	0,2859
			100	28,59	➡	0,2859
02479842	Perindopril Erbumine/ Indapamide HD	Sivem	30	8,58	➡	0,2859
			100	28,59	➡	0,2859
02519739	Perindopril/Indapamide	Sanis	100	28,59	➡	0,2859
02537982	pms-Perindopril-Indapamide	Phmscience	30	8,58	➡	0,2859
			100	28,59	➡	0,2859
02470446	Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide HD	Sandoz	30	8,58	➡	0,2859
			100	28,59	➡	0,2859
02464039	Teva-Perindopril/ Indapamide	Teva Can	100	28,59	➡	0,2859

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.

5 mg **PPB**

02248499	Apo-Quinapril	Apotex	100	22,78	➡	0,2278
02340550	pms-Quinapril	Phmscience	100	22,78	➡	0,2278

Co.

10 mg **PPB**

02248500	Apo-Quinapril	Apotex	100	22,78	➡	0,2278
02517450	JAMP Quinapril	Jamp	100	22,78	➡	0,2278
02340569	pms-Quinapril	Phmscience	100	22,78	➡	0,2278

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				20 mg	PPB	
02517469	JAMP Quinapril	Jamp	100	46,42	➡	0,4642
02340577	pms-Quinapril	Phmscience	100	46,42	➡	0,4642

Co.				40 mg	PPB	
02517477	JAMP Quinapril	Jamp	100	46,42	➡	0,4642
02340585	pms-Quinapril	Phmscience	100	46,42	➡	0,4642

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.				10 mg -12,5 mg	PPB	
02408767	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28	6,70	➡	0,2393
			90	21,54	➡	0,2393
02473291	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28	6,70	➡	0,2393
			90	21,54	➡	0,2393
02547430	JAMP Quinapril / HCTZ	Jamp	30	7,18	➡	0,2393
			100	23,93	➡	0,2393

Co.				20 mg -12,5 mg	PPB	
02408775	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28	13,40	➡	0,4786
			90	43,07	➡	0,4786
02473305	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28	13,40	➡	0,4786
			90	43,07	➡	0,4786

Co.				20 mg -25 mg	PPB	
02408783	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28	6,44	➡	0,2301
			90	20,71	➡	0,2301
02473321	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28	6,44	➡	0,2301
			90	20,71	➡	0,2301
02547449	JAMP Quinapril / HCTZ	Jamp	30	6,90	➡	0,2301
			100	23,01	➡	0,2301

RAMIPRIL

Caps.				1,25 mg	PPB	
02221829	Altace	Bausch H.	30	20,97		0,6990
02251515	Apo-Ramipril	Apotex	100	7,07	➡	0,0707
02387387	Auro-Ramipril	AuroPharma	30	2,12	➡	0,0707
			100	7,07	➡	0,0707
02331101	Jamp-Ramipril	Jamp	30	2,12	➡	0,0707
			100	7,07	➡	0,0707
02420457	Mar-Ramipril	Marcan	30	2,12	➡	0,0707
02469057	Pharma-Ramipril	Phmscience	30	2,12	➡	0,0707
02550202	pmsc-Ramipril	Phmscience	30	2,12	➡	0,0707
02310023	Pro-Ramipril	Pro Doc	30	2,12	➡	0,0707
			100	7,07	➡	0,0707
02308363	Ramipril	Sivem	100	7,07	➡	0,0707
02310503	Taro-Ramipril	Sun Pharma	30	2,12	➡	0,0707

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			2,5 mg PPB		
02477572	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	8,17	➡ 0,0817
02221837	<i>Altace</i>	Bausch H.	30	24,20	➡ 0,8066
			100	80,66	➡ 0,8066
02251531	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02387395	<i>Auro-Ramipril</i>	AuroPharma	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02331128	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02420465	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02421305	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	8,17	➡ 0,0817
02486172	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02469065	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02550210	<i>pmsc-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02310066	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02255316	<i>Ramipril</i>	Riva	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02374846	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02287927	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02310511	<i>Taro-Ramipril</i>	Sun Pharma	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02247945	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			5 mg PPB		
02477580	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	8,17	➡ 0,0817
02221845	<i>Altace</i>	Bausch H.	30	24,20	➡ 0,8066
			100	80,66	➡ 0,8066
02251574	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02387409	<i>Auro-Ramipril</i>	AuroPharma	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02331136	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02420473	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02421313	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	8,17	➡ 0,0817
02486180	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02469073	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02550229	<i>pmsc-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02310074	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02255324	<i>Ramipril</i>	Riva	30	2,45	➡ 0,0817
			100	8,17	➡ 0,0817
02374854	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02287935	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	2,45	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02310538	<i>Taro-Ramipril</i>	Sun Pharma	100	8,17	➡ 0,0817
			500	40,83	➡ 0,0817
02247946	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	100	8,17	➡ 0,0817

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

10 mg **PPB**

02477599	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	10,34	➡	0,1034
02221853	<i>Altace</i>	Bausch H.	30	30,65		1,0216
			100	102,16		1,0216
02251582	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	3,10	➡	0,1034
			100	10,34	➡	0,1034
02387417	<i>Auro-Ramipril</i>	AuroPharma	30	3,10	➡	0,1034
			100	10,34	➡	0,1034
02331144	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	3,10	➡	0,1034
			100	10,34	➡	0,1034
02420481	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	3,10	➡	0,1034
			100	10,34	➡	0,1034
02421321	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	10,34	➡	0,1034
02486199	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	10,34	➡	0,1034
			500	51,70	➡	0,1034
02469081	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	3,10	➡	0,1034
			500	51,70	➡	0,1034
02550237	<i>pmsc-Ramipril</i>	Phmscience	30	3,10	➡	0,1034
			500	51,70	➡	0,1034
02310104	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	3,10	➡	0,1034
			500	51,70	➡	0,1034
02255332	<i>Ramipril</i>	Riva	30	3,10	➡	0,1034
			100	10,34	➡	0,1034
02374862	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	10,34	➡	0,1034
			500	51,70	➡	0,1034
02287943	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	3,10	➡	0,1034
			500	51,70	➡	0,1034
02310546	<i>Taro-Ramipril</i>	Sun Pharma	100	10,34	➡	0,1034
			500	51,70	➡	0,1034
02247947	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	30	3,10	➡	0,1034
			100	10,34	➡	0,1034

Caps.

15 mg **PPB**

02281112	<i>Altace</i>	Bausch H.	30	33,68		1,1227
			100	112,27		1,1227
02325381	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	17,57	➡	0,5855
			100	58,55	➡	0,5855
02440334	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	100	58,55	➡	0,5855
02420503	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	17,57	➡	0,5855
			100	58,55	➡	0,5855
02421348	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	58,55	➡	0,5855

RAMIPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

2,5 mg - 12,5 mg **PPB**

02283131	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	8,37		0,2989
02449439	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	14,95	➡	0,1495

Co.

5 mg -12,5 mg **PPB**

02283158	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	10,72		0,3829
02449447	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	20,11	➡	0,2011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg - 25 mg PPB		
02283174	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	10,72	0,3829
02449463	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	19,15 ➡	0,1915

Co.			10 mg -12,5 mg PPB		
02283166	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	13,65	0,4875
02342154	<i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	3,95 ➡	0,1317
			100	13,17 ➡	0,1317
02449455	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	13,17 ➡	0,1317

Co.			10 mg -25 mg PPB		
02283182	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	13,65	0,4875
02342170	<i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	3,95 ➡	0,1317
			100	13,17 ➡	0,1317
02449471	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	13,17 ➡	0,1317

TRANDOLAPRIL

Caps.			0,5 mg PPB		
02471868	<i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	6,98 ➡	0,0698
02231457	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	27,33	0,2733
02357755	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	6,98 ➡	0,0698
02325721	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	6,98 ➡	0,0698
* 02415429	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	6,98	R

Caps.			1 mg PPB		
02471876	<i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	17,62 ➡	0,1762
02231459	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	67,00	0,6700
02357763	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	17,62 ➡	0,1762
02325748	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	17,62 ➡	0,1762
* 02415437	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	17,62	R
02488698	<i>Trandolapril</i>	Pro Doc	100	17,62 ➡	0,1762
02525046	<i>Trandolapril</i>	Sanis	100	17,62 ➡	0,1762
02526565	<i>Trandolapril</i>	Sivem	100	17,62 ➡	0,1762

Caps.			2 mg PPB		
02471884	<i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	20,25 ➡	0,2025
02231460	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	77,00	0,7700
02357771	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	20,25 ➡	0,2025
02325756	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	20,25 ➡	0,2025
* 02415445	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	20,25	R
02488701	<i>Trandolapril</i>	Pro Doc	100	20,25 ➡	0,2025
02525054	<i>Trandolapril</i>	Sanis	100	20,25 ➡	0,2025
02526573	<i>Trandolapril</i>	Sivem	100	20,25 ➡	0,2025

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			4 mg PPB		
02471892	<i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	24,98 ➡	0,2498
02239267	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	95,00	0,9500
02357798	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	24,98 ➡	0,2498
02325764	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	24,98 ➡	0,2498
* 02415453	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	24,98	R
02488728	<i>Trandolapril</i>	Pro Doc	100	24,98 ➡	0,2498
02525070	<i>Trandolapril</i>	Sanis	100	24,98 ➡	0,2498
02526581	<i>Trandolapril</i>	Sivem	100	24,98 ➡	0,2498

24:32.08

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

CANDÉSARTAN CILEXÉTEL

Co.			8 mg PPB		
02484773	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58 ➡	0,2258
02500795	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58 ➡	0,2258
02365359	<i>Apo-Candesartan</i>	Apotex	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02541297	<i>Apo-Candesartan Tablets</i>	Apotex	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02239091	<i>Atacand</i>	Cheplaphar	30	35,52	1,1840
02445794	<i>Auro-Candesartan</i>	AuroPharma	90	20,32 ➡	0,2258
			500	112,90 ➡	0,2258
02377934	<i>Candesartan</i>	Pro Doc	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02388928	<i>Candesartan</i>	Sanis	100	22,58 ➡	0,2258
			500	112,90 ➡	0,2258
02388707	<i>Candesartan</i>	Sivem	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02379279	<i>Candésartan cilexétel</i>	Accord	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02386518	<i>Jamp-Candesartan</i>	Jamp	100	22,58 ➡	0,2258
02476916	<i>Mint-Candesartan</i>	Mint	100	22,58 ➡	0,2258
02527014	<i>NRA-Candesartan</i>	Nora	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02391198	<i>pms-Candesartan</i>	Phmscience	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02326965	<i>Sandoz Candesartan</i>	Sandoz	30	6,77 ➡	0,2258
			100	22,58 ➡	0,2258
02380692	<i>Taro-Candesartan</i>	Sun Pharma	100	22,58 ➡	0,2258
02366312	<i>Teva Candesartan</i>	Teva Can	100	22,58 ➡	0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			16 mg PPB		
02484781	AG-Candesartan	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02500809	AG-Candesartan	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02365367	Apo-Candesartan	Apotex	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02541300	Apo-Candesartan Tablets	Apotex	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02239092	Atacand	Cheplaphar	30	35,52	➡ 1,1840
02445808	Auro-Candesartan	AuroPharma	90	20,32	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02377942	Candesartan	Pro Doc	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02388936	Candesartan	Sanis	100	22,58	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02388715	Candesartan	Sivem	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02379287	Candésartan cilexétel	Accord	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02386526	Jamp-Candesartan	Jamp	100	22,58	➡ 0,2258
02476924	Mint-Candesartan	Mint	100	22,58	➡ 0,2258
02527022	NRA-Candesartan	Nora	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02391201	pms-Candesartan	Phmscience	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02326973	Sandoz Candesartan	Sandoz	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02380706	Taro-Candesartan	Sun Pharma	100	22,58	➡ 0,2258
02366320	Teva Candesartan	Teva Can	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258

Co.			32 mg PPB		
02500817	AG-Candesartan	Angita	100	22,58	➡ 0,2258
02399105	Apo-Candesartan	Apotex	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02541319	Apo-Candesartan Tablets	Apotex	30	6,77	➡ 0,2258
02311658	Atacand	Cheplaphar	30	35,52	➡ 1,1840
02445816	Auro-Candesartan	AuroPharma	90	20,32	➡ 0,2258
			500	112,90	➡ 0,2258
02422069	Candesartan	Pro Doc	100	22,58	➡ 0,2258
02435845	Candesartan	Sanis	100	22,58	➡ 0,2258
02528266	Candesartan	Sivem	100	22,58	➡ 0,2258
02379295	Candésartan cilexétel	Accord	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02386534	Jamp-Candesartan	Jamp	100	22,58	➡ 0,2258
02476932	Mint-Candesartan	Mint	100	22,58	➡ 0,2258
02527030	NRA-Candesartan	Nora	30	6,77	➡ 0,2258
			100	22,58	➡ 0,2258
02391228	pms-Candesartan	Phmscience	30	6,77	➡ 0,2258
02417340	Sandoz Candesartan	Sandoz	100	22,58	➡ 0,2258
02380714	Taro-Candesartan	Sun Pharma	30	6,77	➡ 0,2258
02366339	Teva Candesartan	Teva Can	30	6,77	➡ 0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CANDÉSARTAN CILEXÉTIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

 16 mg -12,5 mg **PPB**

02244021	<i>Atacand Plus</i>	Cheplaphar	30	35,10		1,1700
02421038	<i>Auro-Candesartan HCT</i>	AuroPharma	100	21,56	➡	0,2156
02392275	<i>Candesartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02394812	<i>Candesartan HCT</i>	Sivem	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02394804	<i>Candesartan/ HCTZ</i>	Sanis	100	21,56	➡	0,2156
02473240	<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02531240	<i>NRA-Candesartan HCTZ</i>	Nora	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02391295	<i>pms-Candesartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02327902	<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02395541	<i>Teva Candesartan/ HCTZ</i>	Teva Can	30	6,47	➡	0,2156

Co.

 32 mg - 12,5 mg **PPB**

02332922	<i>Atacand Plus</i>	Cheplaphar	30	35,10		1,1700
02421046	<i>Auro-Candesartan HCT</i>	AuroPharma	100	21,56	➡	0,2156
02536064	<i>Candesartan/ HCTZ</i>	Sanis	100	21,56	➡	0,2156
02473259	<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02531259	<i>NRA-Candesartan HCTZ</i>	Nora	30	6,47	➡	0,2156
			100	21,56	➡	0,2156
02420732	<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	100	21,56	➡	0,2156
02395568	<i>Teva Candesartan/ HCTZ</i>	Teva Can	30	6,47	➡	0,2156

Co.

 32 mg - 25 mg **PPB**

02332957	<i>Atacand Plus</i>	Cheplaphar	30	35,10		1,1700
02421054	<i>Auro-Candesartan HCT</i>	AuroPharma	100	24,43	➡	0,2443
02473267	<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	30	7,33	➡	0,2443
			100	24,43	➡	0,2443
02531267	<i>NRA-Candesartan HCTZ</i>	Nora	30	7,33	➡	0,2443
			100	24,43	➡	0,2443
02420740	<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	100	24,43	➡	0,2443

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IRBÉSARTAN

Co.

75 mg **PPB**

02548216	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	100	22,81	➡	0,2281
02365197	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	➡	0,2281
02372347	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	➡	0,2281
02385287	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	➡	0,2281
02545225	<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	100	22,81	➡	0,2281
02422980	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	➡	0,2281
02524813	<i>M-Irbesartan</i>	Mantra Ph.	100	22,81	➡	0,2281
02317060	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	➡	0,2281
02524732	<i>Riva-Irbesartan</i>	Riva	30	6,84	➡	0,2281
			100	22,81	➡	0,2281
02328461	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	➡	0,2281
02406810	<i>Taro-Irbesartan</i>	Sun Pharma	100	22,81	➡	0,2281
02316390	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81		R

Co.

150 mg **PPB**

02548224	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	500	114,05	➡	0,2281
02237924	<i>Avapro</i>	SanofiAven	90	107,33		1,1926
02365200	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	➡	0,2281
02372371	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	➡	0,2281
02385295	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	➡	0,2281
02545233	<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	100	22,81	➡	0,2281
			500	114,05	➡	0,2281
02422999	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	➡	0,2281
02524821	<i>M-Irbesartan</i>	Mantra Ph.	100	22,81	➡	0,2281
02317079	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	➡	0,2281
			500	114,05	➡	0,2281
02524740	<i>Riva-Irbesartan</i>	Riva	30	6,84	➡	0,2281
			100	22,81	➡	0,2281
02328488	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	➡	0,2281
			500	114,05	➡	0,2281
02406829	<i>Taro-Irbesartan</i>	Sun Pharma	100	22,81	➡	0,2281
			500	114,05	➡	0,2281
02316404	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81		R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

300 mg **PPB**

02548232	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	500	114,05	➡ 0,2281
02237925	<i>Avapro</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365219	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	➡ 0,2281
02372398	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	➡ 0,2281
02385309	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	➡ 0,2281
02545241	<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02423006	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	➡ 0,2281
02524848	<i>M-Irbesartan</i>	Mantra Ph.	100	22,81	➡ 0,2281
02317087	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02524759	<i>Riva-Irbesartan</i>	Riva	30	6,84	➡ 0,2281
			100	22,81	➡ 0,2281
02328496	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02406837	<i>Taro-Irbesartan</i>	Sun Pharma	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02316412	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	R

IRBÉSARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

150 mg- 12,5 mg **PPB**

02241818	<i>Avalide</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02385317	<i>Irbesartan HCT</i>	Sivem	100	22,81	➡ 0,2281
02372886	<i>Irbesartan HCTZ</i>	Sanis	100	22,81	➡ 0,2281
02365162	<i>Irbesartan-HCTZ</i>	Pro Doc	100	22,81	➡ 0,2281
02392992	<i>Mint-Irbesartan/ HCTZ</i>	Mint	100	22,81	➡ 0,2281
02328518	<i>pms-Irbesartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	22,81	➡ 0,2281
02337428	<i>Sandoz Irbesartan HCT</i>	Sandoz	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02330512	<i>Teva-Irbesartan HCTZ</i>	Teva Can	100	22,81	R

Co.

300 mg- 12,5 mg **PPB**

02241819	<i>Avalide</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02385325	<i>Irbesartan HCT</i>	Sivem	100	22,81	➡ 0,2281
02372894	<i>Irbesartan HCTZ</i>	Sanis	100	22,81	➡ 0,2281
02365170	<i>Irbesartan-HCTZ</i>	Pro Doc	100	22,81	➡ 0,2281
02328526	<i>pms-Irbesartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	22,81	➡ 0,2281
02337436	<i>Sandoz Irbesartan HCT</i>	Sandoz	100	22,81	➡ 0,2281
			500	114,05	➡ 0,2281
02330520	<i>Teva-Irbesartan HCTZ</i>	Teva Can	100	22,81	R

Co.

300 mg - 25 mg **PPB**

02385333	<i>Irbesartan HCT</i>	Sivem	100	21,84	➡ 0,2184
02372908	<i>Irbesartan HCTZ</i>	Sanis	100	21,84	➡ 0,2184
02365189	<i>Irbesartan-HCTZ</i>	Pro Doc	100	21,84	➡ 0,2184
02393026	<i>Mint-Irbesartan/ HCTZ</i>	Mint	100	21,84	➡ 0,2184
02328534	<i>pms-Irbesartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	21,84	➡ 0,2184
02337444	<i>Sandoz Irbesartan HCT</i>	Sandoz	100	21,84	➡ 0,2184
			500	109,20	➡ 0,2184
02330539	<i>Teva-Irbesartan HCTZ</i>	Teva Can	100	21,84	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LOSARTAN POTASSIQUE

Co.

25 mg **PPB**

02403323	<i>Auro-Losartan</i>	AuroPharma	100	16,16	➡	0,1616
02182815	<i>Cozaar</i>	Organon	100	117,07		1,1707
02398834	<i>Jamp-Losartan</i>	Jamp	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02388863	<i>Losartan</i>	Sanis	100	16,16	➡	0,1616
02388790	<i>Losartan</i>	Sivem	100	16,16	➡	0,1616
02405733	<i>Mint-Losartan</i>	Mint	100	16,16	➡	0,1616
02309750	<i>pms-Losartan</i>	Phmscience	100	16,16	➡	0,1616
02313332	<i>Sandoz Losartan</i>	Sandoz	100	16,16	➡	0,1616
02380838	<i>Teva Losartan</i>	Teva Can	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616

Co.

50 mg **PPB**

02403331	<i>Auro-Losartan</i>	AuroPharma	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02182874	<i>Cozaar</i>	Organon	30	35,12		1,1707
02398842	<i>Jamp-Losartan</i>	Jamp	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02388871	<i>Losartan</i>	Sanis	100	16,16	➡	0,1616
02388804	<i>Losartan</i>	Sivem	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02405741	<i>Mint-Losartan</i>	Mint	100	16,16	➡	0,1616
02309769	<i>pms-Losartan</i>	Phmscience	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02313340	<i>Sandoz Losartan</i>	Sandoz	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02357968	<i>Teva Losartan</i>	Teva Can	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616

Co.

100 mg **PPB**

02403358	<i>Auro-Losartan</i>	AuroPharma	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02182882	<i>Cozaar</i>	Organon	30	35,12		1,1707
02398850	<i>Jamp-Losartan</i>	Jamp	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02388898	<i>Losartan</i>	Sanis	100	16,16	➡	0,1616
02388812	<i>Losartan</i>	Sivem	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02405768	<i>Mint-Losartan</i>	Mint	100	16,16	➡	0,1616
02309777	<i>pms-Losartan</i>	Phmscience	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02313359	<i>Sandoz Losartan</i>	Sandoz	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616
02357976	<i>Teva Losartan</i>	Teva Can	30	4,85	➡	0,1616
			100	16,16	➡	0,1616

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LOSARTAN POTASSIQUE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

 50 mg -12,5 mg **PPB**

02371235	<i>Apo-Losartan/HCTZ</i>	Apotex	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02423642	<i>Auro-Losartan HCT</i>	AuroPharma	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02230047	<i>Hyzaar</i>	Organon	30	35,12		1,1707
02388960	<i>Losartan/HCT</i>	Sivem	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02427648	<i>Losartan/HCTZ</i>	Sanis	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02389657	<i>Mint-Losartan / HCTZ</i>	Mint	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02392224	<i>pms-Losartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02313375	<i>Sandoz Losartan HCT</i>	Sandoz	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719

Co.

 100 mg - 12,5 mg **PPB**

02423650	<i>Auro-Losartan HCT</i>	AuroPharma	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02297841	<i>Hyzaar</i>	Organon	30	35,02		1,1673
02388979	<i>Losartan/HCT</i>	Sivem	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02427656	<i>Losartan/HCTZ</i>	Sanis	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02389665	<i>Mint-Losartan / HCTZ</i>	Mint	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02392232	<i>pms-Losartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02362449	<i>Sandoz Losartan HCT</i>	Sandoz	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082

Co.

 100 mg -25 mg **PPB**

02371251	<i>Apo-Losartan/HCTZ</i>	Apotex	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02423669	<i>Auro-Losartan HCT</i>	AuroPharma	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02241007	<i>Hyzaar DS</i>	Organon	30	35,12		1,1707
* 02388987	<i>LOSARTAN HCT DS</i>	Sivem	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02427664	<i>Losartan/HCTZ</i>	Sanis	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02389673	<i>Mint-Losartan / HCTZ DS</i>	Mint	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02392240	<i>pms-Losartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719
02313383	<i>Sandoz Losartan HCT DS</i>	Sandoz	30	8,16	➡	0,2719
			100	27,19	➡	0,2719

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL

Co.

20 mg **PPB**

02456311	<i>ACH-Olmesartan</i>	Accord	30	8,29	➡	0,2763
			90	24,87	➡	0,2763
02453452	<i>Apo-Olmesartan</i>	Apotex	90	24,87	➡	0,2763
02443864	<i>Auro-Olmesartan</i>	AuroPharma	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02469812	<i>GLN-Olmesartan</i>	Glenmark	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02461641	<i>Jamp-Olmesartan</i>	Jamp	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02499258	<i>NRA-Olmesartan</i>	Nora	90	24,87	➡	0,2763
02488744	<i>Olmesartan</i>	Pro Doc	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02481057	<i>Olmesartan</i>	Sanis	100	27,63	➡	0,2763
02318660	<i>Olmetec</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02461307	<i>pms-Olmesartan</i>	Phmscience	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02443414	<i>Sandoz Olmesartan</i>	Sandoz	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02442191	<i>Teva-Olmesartan</i>	Teva Can	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763

Co.

40 mg **PPB**

02456338	<i>ACH-Olmesartan</i>	Accord	30	8,29	➡	0,2763
			90	24,87	➡	0,2763
02453460	<i>Apo-Olmesartan</i>	Apotex	90	24,87	➡	0,2763
02443872	<i>Auro-Olmesartan</i>	AuroPharma	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02469820	<i>GLN-Olmesartan</i>	Glenmark	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02461668	<i>Jamp-Olmesartan</i>	Jamp	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02499266	<i>NRA-Olmesartan</i>	Nora	90	24,87	➡	0,2763
02488752	<i>Olmesartan</i>	Pro Doc	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02481065	<i>Olmesartan</i>	Sanis	100	27,63	➡	0,2763
02318679	<i>Olmetec</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02461315	<i>pms-Olmesartan</i>	Phmscience	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02443422	<i>Sandoz Olmesartan</i>	Sandoz	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763
02442205	<i>Teva-Olmesartan</i>	Teva Can	30	8,29	➡	0,2763
			100	27,63	➡	0,2763

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

 20 mg -12,5 mg **PPB**

02468948	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02453606	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➡	0,3019
02476487	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	9,06	➡	0,3019
			100	30,19	➡	0,3019
02475707	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02508273	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02509601	<i>Olmesartan HCTZ</i>	Sanis	90	27,17	➡	0,3019
02319616	<i>Olmetec Plus</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02526468	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	➡	0,3019

Co.

 40 mg - 12,5 mg **PPB**

02468956	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
* 02443120	<i>Act Olmesartan HCT</i>	Teva Can	30	9,06		R
02453614	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➡	0,3019
02476495	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	9,06	➡	0,3019
			100	30,19	➡	0,3019
02475715	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02508281	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02509636	<i>Olmesartan HCTZ</i>	Sanis	90	27,17	➡	0,3019
02319624	<i>Olmetec Plus</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02526476	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	➡	0,3019

Co.

 40 mg - 25 mg **PPB**

02468964	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
* 02443139	<i>Act Olmesartan HCT</i>	Teva Can	30	9,06		R
02453622	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➡	0,3019
02476509	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	9,06	➡	0,3019
			100	30,19	➡	0,3019
02475723	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02508303	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02509628	<i>Olmesartan HCTZ</i>	Sanis	90	27,17	➡	0,3019
02319632	<i>Olmetec Plus</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02526484	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	➡	0,3019

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TELMISARTAN

Co.

 40 mg **PPB**

02484536	<i>AG-Telmisartan</i>	Angita	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02453568	<i>Auro-Telmisartan</i>	AuroPharma	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02386755	<i>Jamp Telmisartan</i>	Jamp	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02240769	<i>Micardis</i>	Bo. Ing.	28	31,63		1,1296
02486369	<i>Mint-Telmisartan</i>	Mint	100	21,61	➡	0,2161
02503794	<i>NRA-Telmisartan</i>	Nora	100	21,61	➡	0,2161
02499622	<i>pms-Telmisartan</i>	Phmscience	100	21,61	➡	0,2161
02375958	<i>Sandoz Telmisartan</i>	Sandoz	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02407485	<i>Telmisartan</i>	Accord	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02395223	<i>Telmisartan</i>	Pro Doc	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02388944	<i>Telmisartan</i>	Sanis	100	21,61	➡	0,2161
			500	108,05	➡	0,2161
02390345	<i>Telmisartan</i>	Sivem	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02320177	<i>Teva Telmisartan</i>	Teva Can	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161

Co.

 80 mg **PPB**

02484544	<i>AG-Telmisartan</i>	Angita	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02453576	<i>Auro-Telmisartan</i>	AuroPharma	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02386763	<i>Jamp Telmisartan</i>	Jamp	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02240770	<i>Micardis</i>	Bo. Ing.	28	31,63		1,1296
02486377	<i>Mint-Telmisartan</i>	Mint	100	21,61	➡	0,2161
02503808	<i>NRA-Telmisartan</i>	Nora	100	21,61	➡	0,2161
02499630	<i>pms-Telmisartan</i>	Phmscience	100	21,61	➡	0,2161
02375966	<i>Sandoz Telmisartan</i>	Sandoz	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02407493	<i>Telmisartan</i>	Accord	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02395231	<i>Telmisartan</i>	Pro Doc	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02388952	<i>Telmisartan</i>	Sanis	100	21,61	➡	0,2161
			500	108,05	➡	0,2161
02390353	<i>Telmisartan</i>	Sivem	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161
02320185	<i>Teva Telmisartan</i>	Teva Can	30	6,48	➡	0,2161
			100	21,61	➡	0,2161

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TELMISARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

 80 mg - 12,5 mg **PPB**

02484560	<i>AG-Telmisartan-HCT</i>	Angita	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02456389	<i>Auro-Telmisartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02389940	<i>Jamp Telmisartan-HCT</i>	Jamp	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02244344	<i>Micardis Plus</i>	Bo. Ing.	28	31,63		1,1296
02504146	<i>NRA-Telmisartan HCTZ</i>	Nora	100	20,98	➡	0,2098
02401665	<i>pms-Telmisartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	20,98	➡	0,2098
02395525	<i>Pro-Telmisartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02393557	<i>Sandoz Telmisartan HCT</i>	Sandoz	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02433214	<i>Telmisartan - HCTZ</i>	Phmscience	100	20,98	➡	0,2098
02390302	<i>Telmisartan HCTZ</i>	Sivem	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02395355	<i>Telmisartan/ HCTZ</i>	Sanis	100	20,98	➡	0,2098
02419114	<i>Telmisartan/ Hydrochlorothiazide</i>	Accord	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02330288	<i>Teva Telmisartan HCTZ</i>	Teva Can	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098

Co.

 80 mg - 25 mg **PPB**

02484579	<i>AG-Telmisartan-HCT</i>	Angita	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02456397	<i>Auro-Telmisartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02389959	<i>Jamp Telmisartan-HCT</i>	Jamp	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02318709	<i>Micardis Plus</i>	Bo. Ing.	28	31,63		1,1296
02504138	<i>NRA-Telmisartan HCTZ</i>	Nora	100	20,98	➡	0,2098
02401673	<i>pms-Telmisartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	20,98	➡	0,2098
02395533	<i>Pro-Telmisartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02393565	<i>Sandoz Telmisartan HCT</i>	Sandoz	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02433222	<i>Telmisartan - HCTZ</i>	Phmscience	100	20,98	➡	0,2098
02390310	<i>Telmisartan HCTZ</i>	Sivem	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02395363	<i>Telmisartan/ HCTZ</i>	Sanis	100	20,98	➡	0,2098
02419122	<i>Telmisartan/ Hydrochlorothiazide</i>	Accord	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02379252	<i>Teva Telmisartan HCTZ</i>	Teva Can	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098

TELMISARTAN/AMLODIPINE

Co.

 40 mg - 5 mg **PPB**

02559854	<i>Riva-Telmisartan/ Amlodipine</i>	Riva	30	13,41	➡	0,4470
02371022	<i>Twynsta</i>	Bo. Ing.	28	19,09		0,6818

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.			40 mg - 10 mg	PPB	
02559862	<i>Riva-Telmisartan/ Amlodipine</i>	Riva	30	13,41 ➡	0,4470
02371030	<i>Twynsta</i>	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.			80 mg -5 mg	PPB	
02473488	<i>AA-Telmisartan-Amlodipine</i>	AA Pharma	100	54,72	0,5472
02559870	<i>Riva-Telmisartan/ Amlodipine</i>	Riva	30	10,94 ➡	0,3648
02371049	<i>Twynsta</i>	Bo. Ing.	28	10,21 ➡	0,3648

Co.			80 mg - 10 mg	PPB	
02473496	<i>AA-Telmisartan-Amlodipine</i>	AA Pharma	100	54,72	0,5472
02559889	<i>Riva-Telmisartan/ Amlodipine</i>	Riva	30	10,94 ➡	0,3648
02371057	<i>Twynsta</i>	Bo. Ing.	28	10,21 ➡	0,3648

VALSARTAN

Co.			40 mg	PPB	
02414201	<i>Auro-Valsartan</i>	AuroPharma	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02270528	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,27	1,1168
02524511	<i>M-Valsartan</i>	Mantra Ph.	100	22,11 ➡	0,2211
02356740	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02363062	<i>Taro-Valsartan</i>	Sun Pharma	100	22,11 ➡	0,2211
* 02356643	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	30	6,63	R
02367726	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02366940	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	22,11 ➡	0,2211
02384523	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211

Co.			80 mg	PPB	
02414228	<i>Auro-Valsartan</i>	AuroPharma	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02244781	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,47	1,1239
02524538	<i>M-Valsartan</i>	Mantra Ph.	100	21,59 ➡	0,2159
02356759	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02363100	<i>Taro-Valsartan</i>	Sun Pharma	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02356651	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	100	21,59 ➡	0,2159
02367734	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02366959	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02384531	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

160 mg **PPB**

02414236	<i>Auro-Valsartan</i>	AuroPharma	100	21,59	➡	0,2159
			500	107,95	➡	0,2159
02244782	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,47		1,1239
02524546	<i>M-Valsartan</i>	Mantra Ph.	100	21,59	➡	0,2159
02356767	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,48	➡	0,2159
			100	21,59	➡	0,2159
02363119	<i>Taro-Valsartan</i>	Sun Pharma	100	21,59	➡	0,2159
			500	107,95	➡	0,2159
02356678	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	100	21,59	➡	0,2159
02367742	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	30	6,48	➡	0,2159
			100	21,59	➡	0,2159
02366967	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	21,59	➡	0,2159
			500	107,95	➡	0,2159
02384558	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,48	➡	0,2159
			100	21,59	➡	0,2159

Co.

320 mg **PPB**

02414244	<i>Auro-Valsartan</i>	AuroPharma	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
02289504	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,47		1,1239
02356775	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098
* 02356686	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	30	6,29		R
02367750	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	100	20,98	➡	0,2098
02366975	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	20,98	➡	0,2098
02384566	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,29	➡	0,2098
			100	20,98	➡	0,2098

VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

80 mg - 12,5 mg **PPB**

02408112	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	AuroPharma	30	6,64	➡	0,2213
			100	22,13	➡	0,2213
02241900	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	32,16		1,1486
02356694	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,64	➡	0,2213
			100	22,13	➡	0,2213
* 02356996	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,64		R
			50	11,07		R
02367009	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,13	➡	0,2213
02384736	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,64	➡	0,2213
			100	22,13	➡	0,2213
02367769	<i>Valsartan-HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,64	➡	0,2213
			100	22,13	➡	0,2213

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.			160 mg - 12,5 mg PPB		
02408120	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	AuroPharma	30	6,72	➡ 0,2240
			100	22,40	➡ 0,2240
02241901	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	32,10	➡ 1,1464
02356708	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,72	➡ 0,2240
			100	22,40	➡ 0,2240
* 02357003	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,72	R
			50	11,20	R
02367017	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,40	➡ 0,2240
			500	112,00	➡ 0,2240
02384744	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,72	➡ 0,2240
			100	22,40	➡ 0,2240
02367777	<i>Valsartan-HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,72	➡ 0,2240
			100	22,40	➡ 0,2240

Co.			160 mg - 25 mg PPB		
02408139	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	AuroPharma	30	6,71	➡ 0,2238
			100	22,38	➡ 0,2238
02246955	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	31,99	➡ 1,1425
02356716	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,71	➡ 0,2238
			100	22,38	➡ 0,2238
02357011	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,71	➡ 0,2238
			50	11,19	➡ 0,2238
02367025	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,38	➡ 0,2238
			500	111,90	➡ 0,2238
02384752	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,71	➡ 0,2238
			100	22,38	➡ 0,2238
02367785	<i>Valsartan-HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,71	➡ 0,2238
			100	22,38	➡ 0,2238

Co.			320 mg - 12,5 mg PPB		
02408147	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	AuroPharma	30	6,71	➡ 0,2235
			100	22,35	➡ 0,2235
02308908	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	31,49	➡ 1,1246
02356724	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,71	➡ 0,2235
			100	22,35	➡ 0,2235
* 02357038	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,71	R
02367033	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	30	6,71	➡ 0,2235
02384760	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,71	➡ 0,2235

Co.			320 mg - 25 mg PPB		
02408155	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	AuroPharma	30	6,69	➡ 0,2231
			100	22,31	➡ 0,2231
02308916	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	31,49	➡ 1,1246
02356732	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,69	➡ 0,2231
			100	22,31	➡ 0,2231
* 02357046	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,69	R
02367041	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,31	➡ 0,2231

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

24:32.20

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTÉRONE

SPIRONOLACTONE

Co.

25 mg **PPB**

02518821	<i>Jamp Spironolactone</i>	Jamp	500	20,25	➡	0,0405
02488140	<i>Mint-Spironolactone</i>	Mint	500	20,25	➡	0,0405
00613215	<i>Teva-Spironolactone</i>	Teva Can	100	4,05	➡	0,0405
			500	20,25	➡	0,0405

Co.

100 mg **PPB**

02518848	<i>Jamp Spironolactone</i>	Jamp	100	9,55	➡	0,0955
02488159	<i>Mint-Spironolactone</i>	Mint	100	9,55	➡	0,0955
00613223	<i>Teva-Spironolactone</i>	Teva Can	100	9,55	➡	0,0955

28:00

AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

28:08 analgésiques et antipyrétiques

- 28:08.04 agents anti-inflammatoires non corticoïdes
- 28:08.08 agonistes des opioïdes
- 28:08.12 agonistes partiels des opioïdes
- 28:08.92 analgésiques et antipyrétiques, divers

28:10 antagonistes des opioïdes

28:12 anticonvulsivants

- 28:12.04 barbituriques
- 28:12.08 benzodiazépines
- 28:12.12 hydantoïnes
- 28:12.20 succinimides
- 28:12.28 anticonvulsivants médiés par le gaba
- 28:12.92 anticonvulsivants, divers

28:16 agents psychothérapeutiques

- 28:16.04 antidépresseurs
- 28:16.08 antipsychotiques

28:20 agents anorexigènes et stimul. respirat. et du snc

- 28:20.04 amphétamines
- 28:20.32 stimulants respiratoires et du snc

28:24 anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques

- 28:24.08 benzodiazépines
- 28:24.92 anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques; divers

28:28 agents anti-maniaques

28:32 agents anticéphalée

- 28:32.28 agonistes sélectifs de la sérotonine
- 28:32.92 agents anticéphalée, divers

28:36 agents antiparkinsoniens

- 28:36.04 adamantanes
- 28:36.08 agents anticholinergiques
- 28:36.12 inhib. catéchol-o-méthyl-transférase (comt)
- 28:36.16 précurseurs de la dopamine
- 28:36.20 agonistes des récepteurs de la dopamine
- 28:36.32 inhibiteurs de la monoamine oxydase b

28:92 agents du système nerveux central, divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:08.04
AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON CORTICOÏDES
ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)

Co. Ent.				325 mg	
02010526	Jamp-AAS EC	Jamp	500	13,98	0,0280

Co. ou Co.Ent ou Co.Croq			80 mg ou 81 mg	PPB	
02427176	ASA EC (80 mg)	Sanis	500	26,50	➡ 0,0530
02009013	Asaphen	Phmscience	100	5,30	➡ 0,0530
			500	26,50	➡ 0,0530
02238545	Asaphen E.C.	Phmscience	500	26,50	➡ 0,0530
			1000	53,00	➡ 0,0530
02515687	Bio-ASA	Biomed	500	26,50	➡ 0,0530
02283905	Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)	Jamp	1000	53,00	➡ 0,0530
02269139	Jamp-A.A.S. (Co.Croq.)	Jamp	500	26,50	➡ 0,0530
			1000	53,00	➡ 0,0530
02427206	Jamp-ASA 81 mg EC	Jamp	300	15,90	➡ 0,0530
			1000	53,00	➡ 0,0530
02429950	M-ASA 80 mg croquable	Mantra Ph.	500	26,50	➡ 0,0530
02250675	NRA-ASA 80 mg croquable	Nora	500	26,50	➡ 0,0530
02311496	Pro-AAS EC-80	Pro Doc	1000	53,00	➡ 0,0530
02311518	Pro-AAS-80 (croquable)	Pro Doc	500	26,50	➡ 0,0530
02202352	Rivasa (Co. Croq.)	Riva	100	5,30	➡ 0,0530
			500	26,50	➡ 0,0530
02485222	Rivasa 80 mg EC	Riva	1000	53,00	➡ 0,0530
02420279	Rivasa 81 mg EC	Riva	1000	53,00	➡ 0,0530
02202360	Rivasa FC (Co.)	Riva	100	5,30	➡ 0,0530
			1000	53,00	➡ 0,0530

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CÉLÉCOXIB

Caps.

100 mg **PPB**

02437570	<i>AG-Celecoxib</i>	Angita	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279
02418932	<i>Apo-Celecoxib</i>	Apotex	100	12,79	➡	0,1279
02445670	<i>Auro-Celecoxib</i>	AuroPharma	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279
02426382	<i>Bio-Celecoxib</i>	Biomed	100	12,79	➡	0,1279
02239941	<i>Celebrex</i>	BGP Pharma	100	67,58		0,6758
02424371	<i>Celecoxib</i>	Pro Doc	500	63,95	➡	0,1279
02436299	<i>Celecoxib</i>	Sanis	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279
02429675	<i>Celecoxib</i>	Sivem	100	12,79	➡	0,1279
02424533	<i>Jamp-Celecoxib</i>	Jamp	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279
02420058	<i>Mar-Celecoxib</i>	Marcan	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279
02495465	<i>M-Celecoxib</i>	Mantra Ph.	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279
02412497	<i>Mint-Celecoxib</i>	Mint	100	12,79	➡	0,1279
02479737	<i>NRA-Celecoxib</i>	Nora	100	12,79	➡	0,1279
02517116	<i>pmsc-Celecoxib</i>	Phmscience	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279
02425386	<i>Riva-Celecox</i>	Riva	100	12,79	➡	0,1279
			500	63,95	➡	0,1279

Caps.

200 mg **PPB**

02437589	<i>AG-Celecoxib</i>	Angita	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02418940	<i>Apo-Celecoxib</i>	Apotex	100	25,58	➡	0,2558
02445689	<i>Auro-Celecoxib</i>	AuroPharma	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02426390	<i>Bio-Celecoxib</i>	Biomed	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02239942	<i>Celebrex</i>	BGP Pharma	100	135,15		1,3515
02424398	<i>Celecoxib</i>	Pro Doc	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02436302	<i>Celecoxib</i>	Sanis	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02429683	<i>Celecoxib</i>	Sivem	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02424541	<i>Jamp-Celecoxib</i>	Jamp	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02420066	<i>Mar-Celecoxib</i>	Marcan	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02495473	<i>M-Celecoxib</i>	Mantra Ph.	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02412500	<i>Mint-Celecoxib</i>	Mint	100	25,58	➡	0,2558
02479745	<i>NRA-Celecoxib</i>	Nora	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02517124	<i>pmsc-Celecoxib</i>	Phmscience	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558
02425394	<i>Riva-Celecox</i>	Riva	100	25,58	➡	0,2558
			500	127,90	➡	0,2558

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DICLOFÉNAC (POTASSIQUE OU SODIQUE)

Co - Co Ent ou Co LA

50 mg /50 mg L.A. /100 mg L.A. **PPB**

00839183	<i>Apo-Diclo 50 mg</i>	Apotex	100	20,24	➡	0,2024
			500	101,20	➡	0,2024
02091194	<i>Apo-Diclo SR 100 mg</i>	Apotex	100	110,53		1,1053
00808547	<i>Novo-Difenac 50 mg</i>	Novopharm	100	20,24	➡	0,2024
			500	101,20	➡	0,2024
02302624	<i>pms-Diclofenac 50 mg</i>	Phmscience	100	20,24	➡	0,2024
			500	101,20	➡	0,2024
00870978	<i>Pro-Diclofenac</i>	Pro Doc	100	20,24	➡	0,2024
02261774	<i>Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg</i>	Sandoz	100	20,24	➡	0,2024
02239355	<i>Teva-Diclofenac K</i>	Teva Can	100	20,24	➡	0,2024
00881635	<i>Voltaren Rapide 50 mg</i>	Novartis	100	68,46		0,6846
00590827	<i>Voltaren S.R. 100 mg</i>	Novartis	100	143,33		1,4333

DICLOFÉNAC SODIQUE

Co. Ent.

25 mg **PPB**

00839175	<i>Apo-Diclo 25 mg</i>	Apotex	100	15,63	➡	0,1563
02302616	<i>pms-Diclofenac 25 mg</i>	Phmscience	100	15,63	➡	0,1563

Co. L.A.

75 mg

02162814	<i>Apo-Diclo S.R. 75 mg</i>	Apotex	100	23,19		0,2319

Supp.

50 mg **PPB**

02261928	<i>Sandoz Diclofenac</i>	Sandoz	30	13,02	➡	0,4339
00632724	<i>Voltaren</i>	Novartis	30	32,79		1,0930

DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL

Co.

50 mg - 200 mcg **PPB**

01917056	<i>Arthrotec</i>	Pfizer	250	149,75		0,5990
02413469	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	75,68	➡	0,3027

Co.

75 mg - 200 mcg **PPB**

02229837	<i>Arthrotec 75</i>	Pfizer	250	203,81		0,8152
02413477	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	103,00	➡	0,4120

FLURBIPROFÈNE

Co.

50 mg

01912046	<i>Flurbiprofen</i>	AA Pharma	100	22,21		0,2221

Co.

100 mg

01912038	<i>Flurbiprofen</i>	AA Pharma	100	30,39		0,3039

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IBUPROFÈNE

Co.				200 mg	PPB	
00441643	<i>Apo-Ibuprofen</i>	Apotex	1000	30,90	➡	0,0309
02368072	<i>Comprimés d'ibuprofène</i>	Jamp	100	3,09	➡	0,0309
02257912	<i>Ibuprofen</i>	Jamp	100	3,09	➡	0,0309
			500	15,45	➡	0,0309
02272849	<i>Jamp-Ibuprofène</i>	Jamp	100	3,09	➡	0,0309

Susp. Orale				100 mg/5 mL		
02354799	<i>Europrofen</i>	Pendopharm	120 ml	6,49		R

INDOMÉTHACINE

Caps.				25 mg	PPB	
02461811	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	100	15,19	➡	0,1519
00337420	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100	15,19	➡	0,1519
			1000	151,90	➡	0,1519

Caps.				50 mg	PPB	
02461536	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	100	24,69	➡	0,2469
00337439	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100	24,69	➡	0,2469
			500	123,45	➡	0,2469

KÉTOPROFÈNE

Co. Ent.				100 mg		
00842664	<i>Ketoprofen-E 100 mg</i>	AA Pharma	100	68,23		0,6823

Co. L.A.				200 mg		
02172577	<i>Ketoprofen SR 200 mg</i>	AA Pharma	100	138,90		1,3890

MÉLOXICAM

Co.				7,5 mg	PPB	
02248973	<i>Apo-Méloxicam</i>	Apotex	100	20,03	➡	0,2003
02390884	<i>Auro-Meloxicam</i>	AuroPharma	30	6,01	➡	0,2003
			100	20,03	➡	0,2003
02353148	<i>Meloxicam</i>	Sanis	100	20,03	➡	0,2003
02248267	<i>pms-Méloxicam</i>	Phmscience	100	20,03	➡	0,2003
02258315	<i>Teva-Meloxicam</i>	Teva Can	30	6,01	➡	0,2003
			100	20,03	➡	0,2003

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.		15 mg PPB			
02248974	<i>Apo-Méloxica</i>	Apotex	100	23,10	➡ 0,2310
02390892	<i>Auro-Méloxica</i>	AuroPharma	30	6,93	➡ 0,2310
			100	23,10	➡ 0,2310
02353156	<i>Méloxica</i>	Sanis	100	23,10	➡ 0,2310
02248268	<i>pms-Méloxica</i>	Phmscience	100	23,10	➡ 0,2310
02258323	<i>Teva-Méloxica</i>	Teva Can	30	6,93	➡ 0,2310
			100	23,10	➡ 0,2310

NAPROXÈNE

Co. Ent. ou Co.		250 mg PPB			
00522651	<i>Apo-Naproxen 250 mg</i>	Apotex	100	10,68	➡ 0,1068
02246699	<i>Apo-Naproxen EC</i>	Apotex	100	10,68	➡ 0,1068
00565350	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	10,68	➡ 0,1068
02243312	<i>Teva-Naproxen EC</i>	Teva Can	100	10,68	➡ 0,1068

Co. Ent. ou Co.		500 mg PPB			
00592277	<i>Apo-Naproxen</i>	Apotex	100	21,10	➡ 0,2110
			500	105,50	➡ 0,2110
02246701	<i>Apo-Naproxen EC</i>	Apotex	100	21,10	➡ 0,2110
02162423	<i>Naprosyn E</i>	Atnahs	100	98,82	0,9882
02310953	<i>Pro-Naproxen EC</i>	Pro Doc	100	21,10	➡ 0,2110
00589861	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	21,10	➡ 0,2110
			500	105,50	➡ 0,2110
02243314	<i>Teva-Naproxen EC</i>	Teva Can	100	21,10	➡ 0,2110

Co. ou Co. Ent.		375 mg PPB			
00600806	<i>Apo-Naproxen 375 mg</i>	Apotex	100	14,58	➡ 0,1458
			500	72,90	➡ 0,1458
02246700	<i>Apo-Naproxen EC 375 mg</i>	Apotex	100	29,45	0,2945
00627097	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	14,58	➡ 0,1458
02243313	<i>Teva-Naproxen EC</i>	Teva Can	100	14,58	➡ 0,1458

Susp. Orale		25 mg/mL			
02162431	<i>Pediapharm Naproxen Suspension</i>	Medexus	474 ml	45,00	0,0949

PIROXICAM

Caps.		10 mg			
00695718	<i>Teva-Piroxicam</i>	Teva Can	100	22,13	R

Caps.		20 mg			
00695696	<i>Teva-Piroxicam</i>	Teva Can	100	37,11	0,3711

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SULINDAC

Co.				150 mg	
00745588	<i>Teva-Sulindac</i>	Teva Can	100	38,24	0,3824

Co.				200 mg	
00745596	<i>Teva-Sulindac</i>	Teva Can	100	39,20	0,3920

TIAPROFÉNIQUE (ACIDE)

Co.				200 mg	
02179679	<i>Teva-Tiaprofenic</i>	Teva Can	100	34,37	0,3437

Co.				300 mg	
02179687	<i>Teva-Tiaprofenic</i>	Teva Can	100	32,57	0,3257

28:08.08
AGONISTES DES OPIOÏDES
ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Co.				300 mg - 30 mg	PPB	
* 00608882	<i>Teva-Emtec-30</i>	Teva Can	500	65,00	➡	0,1300
* 00789828	<i>Triatec-30</i>	Riva	100	13,00	➡	0,1300
			500	65,00	➡	0,1300

Co.				300 mg - 60 mg		
* 00621463	<i>Teva-Lenoltec No.4</i>	Teva Can	100	13,84		0,1384

Elix.				160 mg -8 mg/5 mL		
* 00816027	<i>pms-Acétaminophène avec codéine</i>	Phmscience	500 ml	38,45		0,0769

CODÉINE (BASE ET SULFATE)

Co. L.A.				50 mg		
02230302	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	18,60		0,3100

Co. L.A.				100 mg		
02163748	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	37,20		0,6200

Co. L.A.				150 mg		
02163780	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	56,28		0,9380

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A.

200 mg

02163799	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	74,46	1,2410

CODÉINE (PHOSPHATE DE) [®]

Co.

30 mg **PPB**

02009757	<i>Codéine</i>	Riva	100	7,73	➡	0,0773
			500	38,65	➡	0,0773
00593451	<i>Teva-Codeine</i>	Teva Can	100	7,73	➡	0,0773
			500	38,65	➡	0,0773

FENTANYL [®]

Timbre cut.

12 mcg/h **PPB**

02327112	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	16,60	➡	3,3200
02311925	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	16,60	➡	3,3200

Timbre cut.

25 mcg/h **PPB**

02327120	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	18,28	➡	3,6560
02282941	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	18,28	➡	3,6560

Timbre cut.

37 mcg/h

02327139	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	32,99		6,5980

Timbre cut.

50 mcg/h **PPB**

02327147	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	34,41	➡	6,8820
02282968	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	34,41	➡	6,8820

Timbre cut.

75 mcg/h **PPB**

02327155	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	48,40	➡	9,6800
02282976	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	48,40	➡	9,6800

Timbre cut.

100 mcg/h **PPB**

02327163	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	60,25	➡	12,0500
02282984	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	60,25	➡	12,0500

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D') [®]

Caps. L.A. (12 h)

3 mg

02125323	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	36,14		0,6023

Caps. L.A. (12 h)

4,5 mg

02359502	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	43,65		0,7275

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (12 h)				6 mg	
02125331	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	54,18	0,9030
Caps. L.A. (12 h)				9 mg	
02359510	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	71,55	1,1925
Caps. L.A. (12 h)				12 mg	
02125366	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	93,92	1,5653
Caps. L.A. (12 h)				18 mg	
02243562	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	135,54	2,2590
Caps. L.A. (12 h)				24 mg	
02125382	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	156,83	2,6138
Caps. L.A. (12 h)				30 mg	
02125390	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	187,85	3,1308
Co.				1 mg PPB	
02364115	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	9,50 ➡	0,0950
00705438	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	9,50 ➡	0,0950
00885444	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	9,50 ➡	0,0950
Co.				2 mg PPB	
02364123	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	14,16 ➡	0,1416
00125083	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	14,16 ➡	0,1416
00885436	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	14,16 ➡	0,1416
Co.				4 mg PPB	
02364131	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	22,40 ➡	0,2240
00125121	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	22,40 ➡	0,2240
00885401	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	22,40 ➡	0,2240
Co.				8 mg PPB	
02364158	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	35,28 ➡	0,3528
00786543	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	35,28 ➡	0,3528
00885428	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	35,28 ➡	0,3528
Sir.				1 mg/mL	
* 01916386	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	500 ml	46,15	0,0923

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj.

2 mg/mL (1 mL) **PPB**

02460602	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone</i>	Sterimax	10	16,47 ➡	1,6470
02491699	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone injectable</i>	Fresenius	25	41,18 ➡	1,6470
02145901	<i>Hydromorphone</i>	Sandoz	10	16,47 ➡	1,6470

Sol. Inj.

10 mg/mL **PPB**

02460610	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone HP 10</i>	Sterimax	1 ml ➡ 5 ml ➡ 50 ml ➡	3,65 18,23 182,25	
02491680	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone injectable</i>	Fresenius	1 ml ➡ 5 ml ➡ 50 ml ➡	3,65 18,23 182,25	
02145928	<i>Hydromorphone HP 10</i>	Sandoz	1 ml ➡ 5 ml ➡ 50 ml ➡	3,65 18,23 182,25	

Sol. Inj.

20 mg/mL

02145936	<i>Hydromorphone HP 20</i>	Sandoz	50 ml	468,77	

Sol. Inj.

50 mg/mL **PPB**

02469413	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone HP 50</i>	Sterimax	1 ml ➡ 50 ml ➡	6,95 347,63	
02146126	<i>Hydromorphone HP 50</i>	Sandoz	50 ml ➡	347,63	
99003163	<i>Hydromorphone HP 50</i>	Sandoz	1 ml	21,13	

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) [®]

Co.

1 mg **PPB**

02533642	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	10,26 ➡	0,1026
02247698	<i>Metadol</i>	Paladin	100	10,26 ➡	0,1026

Co.

5 mg **PPB**

02533650	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	34,17 ➡	0,3417
02247699	<i>Metadol</i>	Paladin	100	34,17 ➡	0,3417

Co.

10 mg **PPB**

02533669	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	54,66 ➡	0,5466
02247700	<i>Metadol</i>	Paladin	100	54,66 ➡	0,5466

Co.

25 mg **PPB**

02533677	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	101,57 ➡	1,0157
02247701	<i>Metadol</i>	Paladin	100	101,57 ➡	1,0157

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale					
				1 mg/mL	
02247694	<i>Metadol</i>	Paladin	250 ml	25,18	0,1007
Sol. Orale					
				10 mg/mL	PPB
02495783	<i>Jamp Methadone Oral Concentrate</i>	Jamp	1000 ml	52,50 ➡	0,0525
02241377	<i>Metadol</i>	Paladin	100 ml	36,42	0,3642
02244290	<i>Metadol-D</i>	Paladin	100 ml	5,25 ➡	0,0525
			1000 ml	52,50 ➡	0,0525
02394596	<i>Methadose</i>	Mallinckro	1000 ml	52,50 ➡	0,0525
02394618	<i>Methadose (sans sucre)</i>	Mallinckro	1000 ml	52,50 ➡	0,0525
02495872	<i>Odan-Methadone</i>	Odan	1000 ml	52,50 ➡	0,0525
02495880	<i>Odan-Methadone (sans sucre)</i>	Odan	1000 ml	52,50 ➡	0,0525
02552736	<i>pms-Methadone Oral</i>	Phmscience	1000 ml	52,50 ➡	0,0525
02552728	<i>pms-Methadone Oral (sans sucre)</i>	Phmscience	1000 ml	52,50 ➡	0,0525
MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE) ®					
Caps. L.A.					
				10 mg	
* 02019930	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	6,83	0,3413
			50	17,07	0,3413
Caps. L.A.					
				15 mg	
* 02177749	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	4,48	0,2239
			50	11,20	0,2239
Caps. L.A.					
				30 mg	
* 02019949	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	6,76	0,3382
			50	16,91	0,3382
Caps. L.A.					
				60 mg	
* 02019957	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	11,92	0,5959
			50	29,80	0,5959
Caps. L.A.					
				100 mg	
* 02019965	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	18,35	0,9176
			50	45,88	0,9176
Caps. L.A.					
				200 mg	
* 02177757	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	50	84,46	1,6891
Caps. L.A. (24 h)					
				10 mg	
02242163	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	100	36,38	0,3638

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)				20 mg	
02184435	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	100	61,32	0,6132
Caps. L.A. (24 h)				50 mg	
02184443	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	100	128,75	1,2875
Caps. L.A. (24 h)				100 mg	
02184451	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	50	112,27	2,2454
Caps. ou Co.				5 mg PPB	
02014203	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	4,25 ➡	0,0709
02549794	<i>pms-Morphine Sulfate</i>	Phmscience	100	7,09 ➡	0,0709
00594652	<i>Statex</i>	Paladin	100	7,09 ➡	0,0709
Caps. ou Co.				10 mg PPB	
02014211	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	6,58 ➡	0,1096
02549808	<i>pms-Morphine Sulfate</i>	Phmscience	100	10,96 ➡	0,1096
00594644	<i>Statex</i>	Paladin	100	10,96 ➡	0,1096
Co.				20 mg	
02014238	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	18,92	0,3154
Co.				30 mg	
02014254	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	24,35	0,4058
Co. L.A.				15 mg PPB	
02015439	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	39,42	0,6570
02244790	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	100	23,17 ➡	0,2317
02302764	<i>Teva-Morphine SR</i>	Teva Can	50	11,59 ➡	0,2317
Co. L.A.				30 mg PPB	
02014297	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	59,46	0,9910
02244791	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	100	35,00 ➡	0,3500
02302772	<i>Teva-Morphine SR</i>	Teva Can	50	17,50 ➡	0,3500
			100	35,00 ➡	0,3500
Co. L.A.				60 mg PPB	
02014300	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	104,94	1,7490
02244792	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	100	121,80 ➡	1,2180
02302780	<i>Teva-Morphine SR</i>	Teva Can	50	60,90 ➡	1,2180
			100	121,80 ➡	1,2180

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			100 mg PPB		
02014319	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	160,02	2,6670
02478889	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	50	47,01 ➡	0,9402
02302799	<i>Teva-Morphine SR</i>	Teva Can	50	47,01 ➡	0,9402
Co. L.A.			200 mg PPB		
02014327	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	297,54	4,9590
02478897	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	50	87,40 ➡	1,7480
02302802	<i>Teva-Morphine SR</i>	Teva Can	50	87,40 ➡	1,7480
Sir.			1 mg/mL		
00614491	<i>Doloral 1</i>	Atlas	225 ml 500 ml	8,86 16,32	0,0394 0,0326
Sir.			5 mg/mL		
00614505	<i>Doloral 5</i>	Atlas	225 ml 500 ml	16,75 31,25	0,0744 0,0625
Sol. Inj.			2 mg/mL PPB		
02242484	<i>Morphine (sulfate de)</i>	Sandoz	1 ml ➡	2,25	
02482681	<i>Sulfate de morphine injectable</i>	Fresenius	1 ml ➡	2,25	
02500701	<i>Sulfate de morphine pour injection</i>	Jamp	10	22,50 ➡	2,2500
Sol. Inj.			10 mg/mL PPB		
00392588	<i>Morphine (sulfate de)</i>	Sandoz	1 ml ➡	2,22	
02482746	<i>Sulfate de morphine injectable</i>	Fresenius	1 ml ➡	2,22	
02474980	<i>Sulfate de morphine injection</i>	Sterimax	10	22,17 ➡	2,2172
02500728	<i>Sulfate de morphine pour injection</i>	Jamp	10	22,17 ➡	2,2172
Sol. Inj.			50 mg/mL		
00617288	<i>Morphine H.P. 50</i>	Sandoz	1 ml 10 ml 50 ml	6,82 68,20 340,98	
OXYCODONE (CHLORHYDRATE D') ®					
Co.			5 mg PPB		
02319977	<i>pms-Oxycodone</i>	Phmscience	100	12,87 ➡	0,1287
00789739	<i>Supeudol</i>	Sandoz	100	12,87 ➡	0,1287

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				10 mg PPB	
02240131	<i>Oxy IR</i>	Purdue	60	22,92	0,3820
02319985	<i>pms-Oxycodone</i>	Phmscience	100	18,96 ➡	0,1896
00443948	<i>Supeudol</i>	Sandoz	100	18,96 ➡	0,1896

Co.				20 mg PPB	
02240132	<i>Oxy IR</i>	Purdue	60	39,96	0,6660
02319993	<i>pms-Oxycodone</i>	Phmscience	50	14,82 ➡	0,2964
02262983	<i>Supeudol 20</i>	Sandoz	50	14,82 ➡	0,2964

28:08.12

AGONISTES PARTIELS DES OPIOÏDES

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE ®

Co. S-Ling.				2 mg - 0,5 mg PPB	
02424851	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience	30	20,03 ➡	0,6675
02295695	<i>Suboxone</i>	Indivior	28	74,76	2,6700
02453908	<i>Teva-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Teva Can	30	20,03 ➡	0,6675

Co. S-Ling.				8 mg - 2 mg PPB	
02424878	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience	30	35,48 ➡	1,1825
02295709	<i>Suboxone</i>	Indivior	28	132,44	4,7300
02453916	<i>Teva-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Teva Can	30	35,48 ➡	1,1825

Film				2 mg - 0,5 mg	
02502313	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	80,10	2,6700

Film				4 mg - 1 mg	
02502321	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	110,67	3,6889

Film				8 mg - 2 mg	
02502348	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	141,90	4,7300

Film				12 mg - 3 mg	
02502356	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	212,85	7,0950

BUTORPHANOL (TARTRATE DE) ◆

Vap. nasal				10 mg/mL	
02242504	<i>Butorphanol</i>	AA Pharma	2,5 ml	56,53	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

50 mg

02137984	Talwin	SanofiAven	100	37,74	0,3774

28:08.92

ANALGÉSQUES ET ANTIPYRÉTIQUES, DIVERS

ACÉTAMINOPHÈNE

Co.

325 mg **PPB**

02022214	Acétaminophène	Riva	1000	11,40	➡	0,0114
02252805	Acétaminophène 325 mg	Cellchem	100	1,14	➡	0,0114
			500	5,70	➡	0,0114
02362198	Acétaminophène Caplet 325	Riva	1000	11,40	➡	0,0114
01938088	Jamp-Acétaminophène	Jamp	1000	11,40	➡	0,0114
00389218	Novo-Gesic	Novopharm	1000	11,40	➡	0,0114

Co.

500 mg **PPB**

02022222	Acétaminophène	Riva	1000	14,30	➡	0,0143
02255251	Acétaminophène 500 mg EF facile à avaler	Cellchem	100	1,43	➡	0,0143
			200	2,86	➡	0,0143
02252813	Acétaminophène 500 mg Extra fort	Cellchem	100	1,43	➡	0,0143
			500	7,15	➡	0,0143
02362201	Acétaminophène Blason Shield 500	Riva	1000	14,30	➡	0,0143
02362228	Acétaminophène Caplet 500	Riva	1000	14,30	➡	0,0143
01939122	Jamp-Acétaminophène	Jamp	1000	14,30	➡	0,0143
02355299	Jamp-Acétaminophène	Jamp	1000	14,30	➡	0,0143
00482323	Novo-Gesic Forte	Novopharm	1000	14,30	➡	0,0143

Liq.

160 mg/5 mL **PPB**

01901389	Jamp-Acétaminophène	Jamp	100 ml	3,65	➡	0,0365
00792691	PDP-Acétaminophen solution	Pendopharm	500 ml	18,25	➡	0,0365

Sol. Orale Péd.

80 mg/mL **PPB**

01935275	Jamp-Acétaminophène	Jamp	24 ml	2,87	➡	
02027801	Pédiatrix	Teva Can	500 ml	59,79	➡	0,1196

Supp.

120 mg

02230434	Acet 120	Pendopharm	12	6,44		0,5367

Supp.

160 mg

* 02230435	Acet 160	Pendopharm	12	8,54		0,7117

Supp.

325 mg

02230436	Acet 325	Pendopharm	12	7,95		0,6625

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp.			650 mg		
02230437	Acet 650	Pendopharm	12	9,13	0,7608

28:10
ANTAGONISTES DES OPIOÏDES
BUPRÉNORPHINE/NALOXONE

Co. S-Ling.		2 mg - 0,5 mg PPB			
02424851	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience	30	20,03 ➡	0,6675
02295695	<i>Suboxone</i>	Indivior	28	74,76	2,6700
02453908	<i>Teva-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Teva Can	30	20,03 ➡	0,6675

Co. S-Ling.		8 mg - 2 mg PPB			
02424878	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience	30	35,48 ➡	1,1825
02295709	<i>Suboxone</i>	Indivior	28	132,44	4,7300
02453916	<i>Teva-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Teva Can	30	35,48 ➡	1,1825

Film		2 mg - 0,5 mg			
02502313	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	80,10	2,6700

Film		4 mg - 1 mg			
02502321	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	110,67	3,6889

Film		8 mg - 2 mg			
02502348	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	141,90	4,7300

Film		12 mg - 3 mg			
02502356	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	212,85	7,0950

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj. (ser)		0,4 mg/mL (1 mL)			
99114402	<i>Chlorhydrate de naloxone injectable USP</i>	Sterinova	10	147,50	14,7500

Vap. nasal		4 mg/0,1 mL PPB			
99113725	<i>Vaporisateur nasal Narcan</i>	Emergent	2	50,60 ➡	25,3000
99114399	<i>Vaporisateur Nasal Teva- Naloxone</i>	Teva Can	2	50,60 ➡	25,3000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)

Sol. inj.

0,4 mg/mL PPB

02455935	<i>Chlorhydrate de naloxone Injectable</i>	Oméga	1 ml	➡ 13,75	
02453258	<i>S.O.S Naloxone Hydrochloride Injection</i>	Sandoz	1 ml	➡ 13,75	

NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

50 mg PPB

02444275	<i>Apo-Naltrexone</i>	Apotex	30	84,23	➡ 2,8075
02451883	<i>Comprimés de chlorhydrate de naltrexone</i>	Jamp	28	78,61	➡ 2,8075
02213826	<i>Revvia</i>	Teva Can	50	140,38	➡ 2,8075

28:12.04

BARBITURIQUES

PHÉNOBARBITAL

Co.

15 mg PPB

02557789	<i>JAMP Phenobarbital</i>	Jamp	500	41,45	➡ 0,0829
00178799	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	41,45	➡ 0,0829

Co.

30 mg PPB

02557797	<i>JAMP Phenobarbital</i>	Jamp	500	49,35	➡ 0,0987
00178802	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	49,35	➡ 0,0987

Co.

60 mg PPB

02557800	<i>JAMP Phenobarbital</i>	Jamp	500	66,90	➡ 0,1338
00178810	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	66,90	➡ 0,1338

Co.

100 mg PPB

02557819	<i>JAMP Phenobarbital</i>	Jamp	100	18,31	➡ 0,1831
00178829	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	91,55	➡ 0,1831

Elix.

25 mg/5 mL

* 00645575	<i>Phenobarb élixir</i>	Pendopharm	100 ml	15,25	0,1525

PHÉNOBARBITAL SODIQUE 27

Sol. Inj.

30 mg/mL (1 mL)

02304082	<i>Phenobarbital sodium injection</i>	Sandoz	10	215,36	21,5360

27 Le remboursement de ce produit est autorisé pour la sédation palliative continue chez les personnes en fin de vie.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.					
				120 mg/mL (1 mL)	
02304090	<i>Phenobarbital sodium injection</i>	Sandoz	10	240,90	24,0900

PRIMIDONE

Co.					
				125 mg	
00399310	<i>Primidone</i>	AA Pharma	100	5,64	0,0564

Co.					
				250 mg	
00396761	<i>Primidone</i>	AA Pharma	100	8,87	0,0887

28:12.08

BENZODIAZÉPINES

CLOBAZAM

Co.					
				10 mg PPB	
02244638	<i>Apo-Clobazam</i>	Apotex	30	6,59	➡ 0,2197
02238334	<i>Teva-Clobazam</i>	Teva Can	30	6,59	➡ 0,2197

CLONAZÉPAM

Co.					
				0,25 mg	
02179660	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	100	6,90	0,0690

Co.					
				0,5 mg PPB	
02177889	<i>Apo-Clonazepam</i>	Apotex	500	20,90	➡ 0,0418
02207818	<i>pms-Clonazépam-R</i>	Phmscience	100	4,18	➡ 0,0418
			500	20,90	➡ 0,0418
02311593	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	20,90	➡ 0,0418
00382825	<i>Rivotril</i>	Cheplaphar	100	19,82	0,1982

Co.					
				1 mg PPB	
02048728	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	100	14,87	➡ 0,1487
			500	74,35	➡ 0,1487
02311607	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	74,35	➡ 0,1487

Co.					
				2 mg PPB	
02177897	<i>Apo-Clonazepam</i>	Apotex	100	7,21	➡ 0,0721
			500	36,05	➡ 0,0721
02048736	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	100	7,21	➡ 0,0721
			500	36,05	➡ 0,0721
02311615	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	36,05	➡ 0,0721
02242078	<i>Riva-Clonazepam</i>	Riva	100	7,21	➡ 0,0721
			500	36,05	➡ 0,0721
00382841	<i>Rivotril</i>	Cheplaphar	100	34,17	0,3417
02239025	<i>Teva-Clonazepam</i>	Novopharm	100	7,21	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:12.12
HYDANTOINES
PHÉNYTOÏNE

Co.				50 mg	
* 00023698	<i>Dilantin Infatabs</i>	BGP Pharma	100	10,61	0,1061

Susp. Orale				125 mg/5 mL	
* 02250896	<i>Taro-Phenytoin</i>	Taro	237 ml	10,52	0,0444

PHÉNYTOÏNE SODIQUE

Caps.				30 mg	
00022772	<i>Dilantin</i>	BGP Pharma	100	15,76	0,1576

Caps.				100 mg PPB	
00022780	<i>Dilantin</i>	BGP Pharma	100	6,71	0,0671
			1000	67,14	0,0671
02460912	<i>Phenytoin</i>	AA Pharma	1000	66,50 ➡	0,0665

28:12.20
SUCCINIMIDES
ÉTHOSUXIMIDE

Caps.				250 mg PPB	
02545772	<i>Mar-Ethosuximide</i>	Marcan	100	26,28 ➡	0,2628
02547171	<i>Odan-Ethosuximide</i>	Odan	100	26,28 ➡	0,2628
00022799	<i>Zarontin</i>	Search Phm	100	32,03	0,3203

Sir.				250 mg/5 mL	
00023485	<i>Zarontin</i>	Search Phm	500 ml	32,00	0,0640

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:12.28

ANTICONVULSIVANTS MÉDIÉS PAR LE GABA

GABAPENTINE

Caps.

100 mg **PPB**

02477912	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	4,16	➡	0,0416
02244304	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02321203	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02416840	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	4,16	➡	0,0416
02353245	<i>Gabapentin</i>	Sanis	500	20,79	➡	0,0416
02246314	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02535246	<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02361469	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	4,16	➡	0,0416
02391473	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02408880	<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	500	20,79	➡	0,0416
02084260	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	41,51		0,4151
02550016	<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	100	4,16	➡	0,0416
02243446	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02310449	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02251167	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416
02244513	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	4,16	➡	0,0416
			500	20,79	➡	0,0416

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			300 mg PPB		
02477920	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02244305	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02321211	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02416859	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	10,12	➡ 0,1012
02353253	<i>Gabapentin</i>	Sanis	500	50,60	➡ 0,1012
02246315	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02535254	<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02361485	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02391481	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02408899	<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	500	50,60	➡ 0,1012
02084279	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	101,00	➡ 1,0100
02550024	<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	100	10,12	➡ 0,1012
02243447	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02310457	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02251175	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012
02244514	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	10,12	➡ 0,1012
			500	50,60	➡ 0,1012

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			400 mg PPB		
02477939	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	12,06	➡ 0,1206
02244306	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02321238	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02416867	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	12,06	➡ 0,1206
02353261	<i>Gabapentin</i>	Sanis	500	60,28	➡ 0,1206
02246316	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02535262	<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02361493	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02391503	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02408902	<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	500	60,28	➡ 0,1206
02084287	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	120,35	1,2035
02550032	<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	100	12,06	➡ 0,1206
02243448	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02310465	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	12,06	➡ 0,1206
02251183	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206
02244515	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	12,06	➡ 0,1206
			500	60,28	➡ 0,1206

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRÉGABALINE

Caps.

25 mg **PPB**

02449838	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	100	14,81	➡	0,1481
02480727	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02394235	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	14,81	➡	0,1481
02433869	<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	100	14,81	➡	0,1481
02541122	<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02435977	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02268418	<i>Lyrice</i>	BGP Pharma	60	46,45		0,7742
02417529	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02423804	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02467291	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02494841	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02554836	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02479117	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02359596	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02474352	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02396483	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02405539	<i>Pregabalin</i>	Sanis	100	14,81	➡	0,1481
02403692	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02377039	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02390817	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02392801	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481
02361159	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	14,81	➡	0,1481
			500	74,05	➡	0,1481

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			50 mg PPB		
02449846	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	100	23,24	➡ 0,2324
02480735	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02394243	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	23,24	➡ 0,2324
02433877	<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	100	23,24	➡ 0,2324
02541130	<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02435985	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02268426	<i>Lyrice</i>	BGP Pharma	60	72,87	1,2145
02417537	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02423812	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02467305	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02494868	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02554844	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02479125	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02359618	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02474360	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02396505	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02405547	<i>Pregabalin</i>	Sanis	500	116,20	➡ 0,2324
02403706	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02377047	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02390825	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02392828	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324
02361175	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	23,24	➡ 0,2324
			500	116,20	➡ 0,2324

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			75 mg PPB		
02449854	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	100	30,07	➡ 0,3007
02480743	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02394251	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	30,07	➡ 0,3007
02433885	<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	100	30,07	➡ 0,3007
02541149	<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02435993	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02268434	<i>Lyrice</i>	BGP Pharma	60	94,29	1,5715
02417545	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02424185	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02467313	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02494876	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02554852	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02479133	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02359626	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02474379	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02396513	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02405555	<i>Pregabalin</i>	Sanis	500	150,35	➡ 0,3007
02403714	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02377055	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02390833	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02392836	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007
02361183	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	30,07	➡ 0,3007
			500	150,35	➡ 0,3007

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			150 mg PPB		
02449870	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	100	41,45	➡ 0,4145
02480751	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02394278	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02433907	<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	100	41,45	➡ 0,4145
02541165	<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02436000	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02268450	<i>Lyrice</i>	BGP Pharma	60	129,98	2,1663
02417561	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02424207	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02467321	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02494884	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02554860	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02479168	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02359634	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02474387	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02396521	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02405563	<i>Pregabalin</i>	Sanis	100	41,45	➡ 0,4145
02403722	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02377063	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02390841	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02392844	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145
02361205	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	41,45	➡ 0,4145
			500	207,25	➡ 0,4145

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

300 mg **PPB**

02449900	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	100	41,45	➡	0,4145
02480778	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	41,45	➡	0,4145
02394294	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	41,45	➡	0,4145
02541203	<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	100	41,45	➡	0,4145
02436019	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	41,45	➡	0,4145
02268485	<i>Lyrice</i>	BGP Pharma	60	129,98		2,1663
02417618	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	41,45	➡	0,4145
02541963	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	41,45	➡	0,4145
02494906	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	41,45	➡	0,4145
			500	207,25	➡	0,4145
02554887	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	41,45	➡	0,4145
02479192	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	41,45	➡	0,4145
02359642	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	41,45	➡	0,4145
02396548	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	41,45	➡	0,4145
02405598	<i>Pregabalin</i>	Sanis	100	41,45	➡	0,4145
02403730	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	41,45	➡	0,4145
02377071	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	41,45	➡	0,4145
02390868	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	41,45	➡	0,4145
02392860	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	41,45	➡	0,4145
			500	207,25	➡	0,4145
02361248	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	41,45	➡	0,4145

28:12.92

ANTICONSULSIVANTS, DIVERS

CARBAMAZÉPINE

Co.

200 mg **PPB**

02541238	<i>Mint-Carbamazepine</i>	Mint	100	22,17	➡	0,2217
			500	110,85	➡	0,2217
00010405	<i>Tegretol</i>	Novartis	100	31,26		0,3126
			500	156,30		0,3126
00782718	<i>Teva-Carbamazepine</i>	Teva Can	100	22,17	➡	0,2217
			500	110,85	➡	0,2217

Co. L.A.

200 mg **PPB**

02261839	<i>Sandoz Carbamazepine CR</i>	Sandoz	100	9,30	➡	0,0930
00773611	<i>Tegretol CR</i>	Novartis	100	33,08		0,3308

Co. L.A.

400 mg **PPB**

02261847	<i>Sandoz Carbamazepine CR</i>	Sandoz	100	18,59	➡	0,1859
00755583	<i>Tegretol CR</i>	Novartis	100	66,16		0,6616

Susp. Orale

100 mg/5 mL **PPB**

02367394	<i>Taro-Carbamazepine</i>	Taro	450 ml	24,32	➡	0,0540
02194333	<i>Tegretol</i>	Novartis	450 ml	28,70		0,0638

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DIVALPROEX SODIQUE

Co. Ent.

125 mg **PPB**

02239698	<i>Apo-Divalproex</i>	Apotex	100	7,24	➡	0,0724
00596418	<i>Epival 125</i>	BGP Pharma	100	24,14		0,2414
02458926	<i>Mylan-Divalproex</i>	Mylan	100	7,24	➡	0,0724

Co. Ent.

250 mg **PPB**

02239699	<i>Apo-Divalproex</i>	Apotex	100	13,01	➡	0,1301
00596426	<i>Epival 250</i>	BGP Pharma	100	43,37		0,4337
			500	216,87		0,4337
02458934	<i>Mylan-Divalproex</i>	Mylan	100	13,01	➡	0,1301
			500	65,05	➡	0,1301

Co. Ent.

500 mg **PPB**

02239700	<i>Apo-Divalproex</i>	Apotex	100	26,04	➡	0,2604
00596434	<i>Epival 500</i>	BGP Pharma	100	86,80		0,8680
			500	434,01		0,8680
02459019	<i>Mylan-Divalproex</i>	Mylan	100	26,04	➡	0,2604
			500	130,20	➡	0,2604

GABAPENTINE

Co.

600 mg **PPB**

02293358	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	18,09	➡	0,1809
02428334	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	18,09	➡	0,1809
02410990	<i>Comprimés de gabapentine</i>	Glenmark	100	18,09	➡	0,1809
02392526	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	18,09	➡	0,1809
02432072	<i>Gabapentin</i>	Jamp	100	18,09	➡	0,1809
02431289	<i>Gabapentin</i>	Sanis	100	18,09	➡	0,1809
02388200	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	18,09	➡	0,1809
02402289	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	18,09	➡	0,1809
02239717	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	181,65		1,8165
02310473	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	18,09	➡	0,1809
02248457	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	18,09	➡	0,1809

Co.

800 mg **PPB**

02293366	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	24,12	➡	0,2412
02428342	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	24,12	➡	0,2412
02411008	<i>Comprimés de gabapentine</i>	Glenmark	100	24,12	➡	0,2412
02392534	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	24,12	➡	0,2412
02432080	<i>Gabapentin</i>	Jamp	100	24,12	➡	0,2412
02431297	<i>Gabapentin</i>	Sanis	100	24,12	➡	0,2412
02388219	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	24,12	➡	0,2412
02402297	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	24,12	➡	0,2412
02239718	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	242,19		2,4219
02310481	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	24,12	➡	0,2412
02247346	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	24,12	➡	0,2412

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LAMOTRIGINE

Co.

25 mg **PPB**

02543710	AG-Lamotrigine	Angita	100	6,98	➡	0,0698
02245208	Apo-Lamotrigine	Apotex	100	6,98	➡	0,0698
02381354	Auro-Lamotrigine	AuroPharma	100	6,98	➡	0,0698
			1000	69,80	➡	0,0698
02542730	JAMP Lamotrigine	Jamp	100	6,98	➡	0,0698
02142082	Lamictal	GSK	100	35,78		0,3578
02343010	Lamotrigine	Sanis	100	6,98	➡	0,0698
02428202	Lamotrigine	Sivem	100	6,98	➡	0,0698
02302969	Lamotrigine-25	Pro Doc	100	6,98	➡	0,0698
02265494	Mylan-Lamotrigine	Mylan	100	6,98	➡	0,0698
02248232	Novo-Lamotrigine	Novopharm	100	6,98		R
02246897	pms-Lamotrigine	Phmscience	100	6,98	➡	0,0698

Co.

100 mg **PPB**

02543729	AG-Lamotrigine	Angita	100	27,87	➡	0,2787
02245209	Apo-Lamotrigine	Apotex	100	27,87	➡	0,2787
02381362	Auro-Lamotrigine	AuroPharma	100	27,87	➡	0,2787
			1000	278,70	➡	0,2787
02542749	JAMP Lamotrigine	Jamp	100	27,87	➡	0,2787
02142104	Lamictal	GSK	100	143,10		1,4310
02343029	Lamotrigine	Sanis	100	27,87	➡	0,2787
02428210	Lamotrigine	Sivem	100	27,87	➡	0,2787
02302985	Lamotrigine-100	Pro Doc	100	27,87	➡	0,2787
02265508	Mylan-Lamotrigine	Mylan	100	27,87	➡	0,2787
			500	139,35	➡	0,2787
02248233	Novo-Lamotrigine	Novopharm	100	27,87		R
02246898	pms-Lamotrigine	Phmscience	100	27,87	➡	0,2787

Co.

150 mg **PPB**

02543737	AG-Lamotrigine	Angita	100	41,07	➡	0,4107
02245210	Apo-Lamotrigine	Apotex	100	41,07	➡	0,4107
02381370	Auro-Lamotrigine	AuroPharma	60	24,64	➡	0,4107
			100	41,07	➡	0,4107
02542757	JAMP Lamotrigine	Jamp	100	41,07	➡	0,4107
02142112	Lamictal	GSK	60	125,83		2,0972
02343037	Lamotrigine	Sanis	100	41,07	➡	0,4107
02428229	Lamotrigine	Sivem	100	41,07	➡	0,4107
02302993	Lamotrigine-150	Pro Doc	100	41,07	➡	0,4107
02265516	Mylan-Lamotrigine	Mylan	100	41,07	➡	0,4107
02248234	Novo-Lamotrigine	Novopharm	100	41,07		R
02246899	pms-Lamotrigine	Phmscience	100	41,07	➡	0,4107

Co. Croq.

2 mg

02243803	Lamictal	GSK	30	4,61		0,1537

Co. Croq.

5 mg

02240115	Lamictal	GSK	30	4,63		0,1543

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LÉVÉTIRACÉTAM

Co.

250 mg **PPB**

02485192	<i>AG-Levetiracetam</i>	Angita	100	32,10	➡	0,3210
			120	38,52	➡	0,3210
02285924	<i>Apo-Levetiracetam</i>	Apotex	100	32,10	➡	0,3210
02375249	<i>Auro-Levetiracetam</i>	AuroPharma	100	32,10	➡	0,3210
			500	160,50	➡	0,3210
02504553	<i>Jamp Levetiracetam Tablets</i>	Jamp	100	32,10	➡	0,3210
02403005	<i>Jamp-Levetiracetam</i>	Jamp	120	38,52	➡	0,3210
02247027	<i>Keppra</i>	U.C.B.	120	96,00		0,8000
02399776	<i>Levetiracetam</i>	Accord	120	38,52	➡	0,3210
02353342	<i>Levetiracetam</i>	Sanis	100	32,10	➡	0,3210
02442531	<i>Levetiracetam</i>	Sivem	100	32,10	➡	0,3210
02442388	<i>Mint-Levetiracetam</i>	Mint	100	32,10	➡	0,3210
02524562	<i>M-Levetiracetam</i>	Mantra Ph.	120	38,52	➡	0,3210
02499193	<i>NRA-Levetiracetam</i>	Nora	120	38,52	➡	0,3210
02296101	<i>pms-Levetiracetam</i>	Phmscience	100	32,10	➡	0,3210
02311372	<i>Pro-Levetiracetam-250</i>	Pro Doc	100	32,10	➡	0,3210
02482274	<i>Riva-Levetiracetam</i>	Riva	100	32,10	➡	0,3210
02461986	<i>Sandoz Levetiracetam</i>	Sandoz	100	32,10	➡	0,3210
02274183	<i>Teva- Levetiracetam</i>	Teva Can	100	32,10	➡	0,3210

Co.

500 mg **PPB**

02485206	<i>AG-Levetiracetam</i>	Angita	100	39,11	➡	0,3911
			120	46,93	➡	0,3911
02285932	<i>Apo-Levetiracetam</i>	Apotex	100	39,11	➡	0,3911
02375257	<i>Auro-Levetiracetam</i>	AuroPharma	100	39,11	➡	0,3911
			500	195,54	➡	0,3911
02504561	<i>Jamp Levetiracetam Tablets</i>	Jamp	100	39,11	➡	0,3911
02403021	<i>Jamp-Levetiracetam</i>	Jamp	120	46,93	➡	0,3911
02247028	<i>Keppra</i>	U.C.B.	120	117,00		0,9750
02399784	<i>Levetiracetam</i>	Accord	120	46,93	➡	0,3911
02353350	<i>Levetiracetam</i>	Sanis	100	39,11	➡	0,3911
02442558	<i>Levetiracetam</i>	Sivem	100	39,11	➡	0,3911
02442396	<i>Mint-Levetiracetam</i>	Mint	100	39,11	➡	0,3911
02524570	<i>M-Levetiracetam</i>	Mantra Ph.	120	46,93	➡	0,3911
02499207	<i>NRA-Levetiracetam</i>	Nora	120	46,93	➡	0,3911
02296128	<i>pms-Levetiracetam</i>	Phmscience	100	39,11	➡	0,3911
02311380	<i>Pro-Levetiracetam-500</i>	Pro Doc	100	39,11	➡	0,3911
02482282	<i>Riva-Levetiracetam</i>	Riva	100	39,11	➡	0,3911
02461994	<i>Sandoz Levetiracetam</i>	Sandoz	100	39,11	➡	0,3911
02274191	<i>Teva- Levetiracetam</i>	Teva Can	100	39,11	➡	0,3911

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

750 mg **PPB**

02485214	<i>AG-Levetiracetam</i>	Angita	100	54,16	➡ 0,5416
			120	64,99	➡ 0,5416
02285940	<i>Apo-Levetiracetam</i>	Apotex	100	54,16	➡ 0,5416
02375265	<i>Auro-Levetiracetam</i>	AuroPharma	100	54,16	➡ 0,5416
			500	270,79	➡ 0,5416
02504588	<i>Jamp Levetiracetam Tablets</i>	Jamp	100	54,16	➡ 0,5416
02403048	<i>Jamp-Levetiracetam</i>	Jamp	120	64,99	➡ 0,5416
02247029	<i>Keppra</i>	U.C.B.	120	162,00	1,3500
02399792	<i>Levetiracetam</i>	Accord	120	64,99	➡ 0,5416
02353369	<i>Levetiracetam</i>	Sanis	100	54,16	➡ 0,5416
02442566	<i>Levetiracetam</i>	Sivem	100	54,16	➡ 0,5416
02442418	<i>Mint-Levetiracetam</i>	Mint	100	54,16	➡ 0,5416
02524589	<i>M-Levetiracetam</i>	Mantra Ph.	120	64,99	➡ 0,5416
02499215	<i>NRA-Levetiracetam</i>	Nora	120	64,99	➡ 0,5416
02296136	<i>pms-Levetiracetam</i>	Phmscience	100	54,16	➡ 0,5416
02311399	<i>Pro-Levetiracetam-750</i>	Pro Doc	100	54,16	➡ 0,5416
02482290	<i>Riva-Levetiracetam</i>	Riva	100	54,16	➡ 0,5416
02462001	<i>Sandoz Levetiracetam</i>	Sandoz	100	54,16	➡ 0,5416
02274205	<i>Teva- Levetiracetam</i>	Teva Can	100	54,16	➡ 0,5416

Co.

1000 mg

02462028	<i>Sandoz Levetiracetam</i>	Sandoz	100	72,21	0,7221

Sol. Orale

100 mg/mL **PPB**

02558416	<i>Mint-Levetiracetam Solution</i>	Mint	300 ml	122,13	➡ 0,4071
02490447	<i>pdp-levetiracetam</i>	Pendopharm	300 ml	244,26	0,8142
02515318	<i>Pharma-Levetiracetam</i>	Phmscience	300 ml	122,13	➡ 0,4071

TOPIRAMATE

Caps. à saupoudrer

15 mg

02239907	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	65,11	1,0852

Caps. à saupoudrer

25 mg

02239908	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	68,34	1,1390

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

25 mg **PPB**

02475936	AG-Topiramate	Angita	100	24,33	➡ 0,2433
02536722	AG-Topiramate	Angita	100	24,33	➡ 0,2433
02279614	Apo-Topiramate	Apotex	100	24,33	➡ 0,2433
02345803	Auro-Topiramate	AuroPharma	60	14,60	➡ 0,2433
			100	24,33	➡ 0,2433
02287765	GLN-Topiramate	Glenmark	100	24,33	➡ 0,2433
02345250	JAMP Topiramate Tablets	Jamp	100	24,33	➡ 0,2433
02435608	Jamp-Topiramate	Jamp	100	24,33	➡ 0,2433
02432099	Mar-Topiramate	Marcan	100	24,33	➡ 0,2433
02315645	Mint-Topiramate	Mint	100	24,33	➡ 0,2433
02263351	Mylan-Topiramate	Mylan	100	24,33	➡ 0,2433
02538466	NRA-Topiramate	Nora	100	24,33	➡ 0,2433
02262991	pms-Topiramate	Phmscience	100	24,33	➡ 0,2433
			500	121,65	➡ 0,2433
02313650	Pro-Topiramate	Pro Doc	100	24,33	➡ 0,2433
02248860	Teva-Topiramate	Teva Can	100	24,33	➡ 0,2433
02230893	Topamax	Janss. Inc	100	113,93	➡ 1,1393
02395738	Topiramate	Accord	100	24,33	➡ 0,2433
02356856	Topiramate	Sanis	100	24,33	➡ 0,2433
02389460	Topiramate	Sivem	100	24,33	➡ 0,2433

Co.

50 mg **PPB**

02544377	JAMP Topiramate Tablets	Jamp	100	35,79	➡ 0,3579
02312085	pms-Topiramate	Phmscience	100	35,79	➡ 0,3579

Co.

100 mg **PPB**

02475944	AG-Topiramate	Angita	100	45,83	➡ 0,4583
02536730	AG-Topiramate Tablets	Angita	100	45,83	➡ 0,4583
02279630	Apo-Topiramate	Apotex	100	45,83	➡ 0,4583
02345838	Auro-Topiramate	AuroPharma	60	27,50	➡ 0,4583
			100	45,83	➡ 0,4583
02287773	GLN-Topiramate	Glenmark	100	45,83	➡ 0,4583
02345269	JAMP Topiramate Tablets	Jamp	100	45,83	➡ 0,4583
02435616	Jamp-Topiramate	Jamp	100	45,83	➡ 0,4583
02432102	Mar-Topiramate	Marcan	100	45,83	➡ 0,4583
02315653	Mint-Topiramate	Mint	100	45,83	➡ 0,4583
02263378	Mylan-Topiramate	Mylan	100	45,83	➡ 0,4583
02538458	NRA-Topiramate	Nora	100	45,83	➡ 0,4583
02263009	pms-Topiramate	Phmscience	100	45,83	➡ 0,4583
02313669	Pro-Topiramate	Pro Doc	100	45,83	➡ 0,4583
02248861	Teva-Topiramate	Teva Can	60	27,50	➡ 0,4583
02230894	Topamax	Janss. Inc	60	129,54	➡ 2,1590
02395746	Topiramate	Accord	100	45,83	➡ 0,4583
02356864	Topiramate	Sanis	100	45,83	➡ 0,4583
02389487	Topiramate	Sivem	100	45,83	➡ 0,4583

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

200 mg **PPB**

02279649	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	67,48	➡	0,6748
02345846	<i>Auro-Topiramate</i>	AuroPharma	60	40,49	➡	0,6748
			100	67,48	➡	0,6748
02287781	<i>GLN-Topiramate</i>	Glenmark	100	67,48	➡	0,6748
02345277	<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	100	67,48	➡	0,6748
02435624	<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	100	67,48	➡	0,6748
02432110	<i>Mar-Topiramate</i>	Marcan	100	67,48	➡	0,6748
02315661	<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	100	67,48	➡	0,6748
02263386	<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	100	67,48	➡	0,6748
02538474	<i>NRA-Topiramate</i>	Nora	100	67,48	➡	0,6748
02263017	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	67,48	➡	0,6748
02313677	<i>Pro-Topiramate</i>	Pro Doc	100	67,48	➡	0,6748
02248862	<i>Teva-Topiramate</i>	Teva Can	60	40,49	➡	0,6748
02230896	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	205,08		3,4180
02395754	<i>Topiramate</i>	Accord	100	67,48	➡	0,6748
02356872	<i>Topiramate</i>	Sanis	100	67,48	➡	0,6748
02553880	<i>Topiramate</i>	Sivem	100	67,48	➡	0,6748

VALPROATE SODIQUE

Sir.

250 mg/5 mL **PPB**

00443832	<i>Depakene</i>	BGP Pharma	240 ml	22,78		0,0949
02532441	<i>JAMP Valproic Acid Oral Solution</i>	Jamp	450 ml	17,05	➡	0,0379
02549190	<i>Odan-Valproic acid</i>	Odan	450 ml	17,05	➡	0,0379
02236807	<i>pms-Valproic acid</i>	Phmscience	450 ml	17,05	➡	0,0379

VALPROIQUE (ACIDE)

Caps.

250 mg **PPB**

02238048	<i>Apo-Valproic</i>	Apotex	100	29,05	➡	0,2905
02230768	<i>pms-Valproic acid</i>	Phmscience	100	29,05	➡	0,2905

Caps. Ent.

500 mg

02229628	<i>pms-Valproic Acid E.C.</i>	Phmscience	100	63,56		0,6356

VIGABATRIN

Co.

500 mg

02065819	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	100	88,70		0,8870

Pd. Orale

500 mg/sac.

02068036	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	50	44,35		0,8870

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:16.04

ANTIDÉPRESSEURS

AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D')

Co.

10 mg **PPB**

02403137	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	100	3,05	➡	0,0305
			1000	30,50	➡	0,0305
00335053	<i>Elavil</i>	AA Pharma	100	3,05	➡	0,0305
			1000	30,50	➡	0,0305
02457679	<i>Jamp-Amitriptyline</i>	Jamp	100	3,05	➡	0,0305
			1000	30,50	➡	0,0305
02435527	<i>Jamp-Amitriptyline Tablets</i>	Jamp	100	3,05	➡	0,0305
			1000	30,50	➡	0,0305
02429861	<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	100	3,05	➡	0,0305
			1000	30,50	➡	0,0305
00654523	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	3,05	➡	0,0305
			1000	30,50	➡	0,0305
00370991	<i>Pro-Amitriptyline</i>	Pro Doc	1000	30,50	➡	0,0305

Co.

25 mg **PPB**

02403145	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	100	5,80	➡	0,0580
			1000	58,00	➡	0,0580
00335061	<i>Elavil</i>	AA Pharma	100	5,80	➡	0,0580
			1000	58,00	➡	0,0580
02457695	<i>Jamp-Amitriptyline</i>	Jamp	100	5,80	➡	0,0580
			1000	58,00	➡	0,0580
02435535	<i>Jamp-Amitriptyline Tablets</i>	Jamp	100	5,80	➡	0,0580
			1000	58,00	➡	0,0580
02429888	<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	100	5,80	➡	0,0580
			1000	58,00	➡	0,0580
00654515	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	5,80	➡	0,0580
			1000	58,00	➡	0,0580
00371009	<i>Pro-Amitriptyline</i>	Pro Doc	1000	58,00	➡	0,0580

Co.

50 mg **PPB**

02403153	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	100	10,78	➡	0,1078
			1000	107,80	➡	0,1078
00335088	<i>Elavil</i>	AA Pharma	100	10,78	➡	0,1078
			1000	107,80	➡	0,1078
02457687	<i>Jamp-Amitriptyline</i>	Jamp	100	10,78	➡	0,1078
			1000	107,80	➡	0,1078
02435543	<i>Jamp-Amitriptyline Tablets</i>	Jamp	100	10,78	➡	0,1078
			1000	107,80	➡	0,1078
02429896	<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	100	10,78	➡	0,1078
			1000	107,80	➡	0,1078
00654507	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	10,78	➡	0,1078
			1000	107,80	➡	0,1078
00456349	<i>Pro-Amitriptyline</i>	Pro Doc	100	10,78	➡	0,1078
			1000	107,80	➡	0,1078

Co.

100 mg

02468409	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	27,72		0,2772

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.

				150 mg	
02238441	<i>Zyban⁴</i>	Bausch H.	100	84,86	0,8486

Co. L.A.

				100 mg	
02275074	<i>Odan Bupropion SR</i>	Odan	60	31,56	0,5260

Co. L.A.

				150 mg	
02275082	<i>Odan Bupropion SR</i>	Odan	60	55,01	0,9169

Co. L.A. (24 h)

				150 mg	PPB	
02475804	<i>Taro-Bupropion XL</i>	Sun Pharma	90	13,17	➡	0,1463
			500	73,15	➡	0,1463
02439654	<i>Teva-Bupropion XL</i>	Teva Can	90	13,17	➡	0,1463
			500	73,15	➡	0,1463
02275090	<i>Wellbutrin XL</i>	Bausch H.	90	47,45		0,5272

Co. L.A. (24 h)

				300 mg	PPB	
02475812	<i>Taro-Bupropion XL</i>	Sun Pharma	90	26,34	➡	0,2927
			500	146,35	➡	0,2927
02439662	<i>Teva-Bupropion XL</i>	Teva Can	90	26,34	➡	0,2927
			500	146,33	➡	0,2927
02275104	<i>Wellbutrin XL</i>	Bausch H.	90	94,91		1,0546

CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE)

Co.

				10 mg	PPB	
02374617	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	100	7,15	➡	0,0715
02448475	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	100	7,15	➡	0,0715
02430517	<i>Citalopram</i>	Jamp	100	7,15	➡	0,0715
02445719	<i>Citalopram</i>	Sanis	100	7,15	➡	0,0715
02387948	<i>Citalopram</i>	Sivem	100	7,15	➡	0,0715
02325047	<i>Citalopram-10</i>	Pro Doc	100	7,15	➡	0,0715
02370085	<i>JAMP-Citalopram</i>	Jamp	100	7,15	➡	0,0715
02371871	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	7,15	➡	0,0715
02532123	<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	100	7,15	➡	0,0715
02429691	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	100	7,15	➡	0,0715
02409003	<i>Natco-Citalopram</i>	Natco	100	7,15	➡	0,0715
			500	35,75	➡	0,0715
02555999	<i>NB-Citalopram</i>	NB Pharma	100	7,15	➡	0,0715
02477637	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	100	7,15	➡	0,0715
02270609	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	100	7,15	➡	0,0715
02303256	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	100	7,15	➡	0,0715
02312336	<i>Teva-Citalopram</i>	Teva Can	100	7,15	➡	0,0715

⁴ La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec ce médicament est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

20 mg **PPB**

02339390	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02513684	<i>AG-Citalopram Tablets</i>	Angita	500	60,00	➡	0,1200
02246056	<i>Apo-Citalopram</i>	Apotex	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02275562	<i>Auro-Citalopram</i>	AuroPharma	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02448491	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02239607	<i>Celexa</i>	Lundbeck	30	39,95		1,3317
			100	133,17		1,3317
02430541	<i>Citalopram</i>	Jamp	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02353660	<i>Citalopram</i>	Sanis	100	12,00	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02387956	<i>Citalopram</i>	Sivem	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02257513	<i>Citalopram-20</i>	Pro Doc	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02313405	<i>JAMP-Citalopram</i>	Jamp	500	60,00	➡	0,1200
02371898	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	12,00	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02467836	<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	500	60,00	➡	0,1200
02429705	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02443880	<i>Natco-Citalopram</i>	Natco	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02556006	<i>NB-Citalopram</i>	NB Pharma	500	60,00	➡	0,1200
02477645	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02248010	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02303264	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02293218	<i>Teva-Citalopram</i>	Teva Can	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200

Co.

30 mg **PPB**

02543060	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	100	53,38	➡	0,5338
02296152	<i>CTP 30</i>	Sumitomo	100	53,38	➡	0,5338

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

40 mg **PPB**

02339404	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02513692	<i>AG-Citalopram Tablets</i>	Angita	100	12,00	➡	0,1200
02246057	<i>Apo-Citalopram</i>	Apotex	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02275570	<i>Auro-Citalopram</i>	AuroPharma	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02448513	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02239608	<i>Celexa</i>	Lundbeck	30	39,95		1,3317
02430568	<i>Citalopram</i>	Jamp	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02353679	<i>Citalopram</i>	Sanis	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02387964	<i>Citalopram</i>	Sivem	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02257521	<i>Citalopram-40</i>	Pro Doc	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02313413	<i>JAMP-Citalopram</i>	Jamp	100	12,00	➡	0,1200
02371901	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	12,00	➡	0,1200
02467844	<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	100	12,00	➡	0,1200
02429713	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02443899	<i>Natco-Citalopram</i>	Natco	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02477653	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02248011	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	100	12,00	➡	0,1200
			1100	132,00	➡	0,1200
02303272	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200
02293226	<i>Teva-Citalopram</i>	Teva Can	30	3,60	➡	0,1200
			100	12,00	➡	0,1200

CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

10 mg

00330566	<i>Anafranil</i>	Apotex	100	29,49		0,2949

Co. ou Caps.

25 mg **PPB**

00324019	<i>Anafranil</i>	Apotex	100	34,17	➡	0,3417
02497506	<i>Taro-Clomipramine</i>	Taro	90	30,75	➡	0,3417

Co. ou Caps.

50 mg **PPB**

00402591	<i>Anafranil</i>	Apotex	100	62,91	➡	0,6291
02497514	<i>Taro-Clomipramine</i>	Taro	90	56,62	➡	0,6291

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.				10 mg	
02216248	<i>Désipramine</i>	AA Pharma	100	46,17	0,4617

Co.				25 mg	
02216256	<i>Désipramine</i>	AA Pharma	100	43,45	0,4345

Co.				100 mg	
02216280	<i>Désipramine</i>	AA Pharma	100	102,96	1,0296

**DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE) **

Caps.				10 mg	PPB	
02049996	<i>Apo-Doxepin</i>	Apotex	100	20,38	➡	0,2038
02559080	<i>Mar-Doxepin</i>	Marcan	100	20,38	➡	0,2038
00024325	<i>Sinequan</i>	AA Pharma	100	40,75		0,4075

Caps.				25 mg	PPB	
02050005	<i>Apo-Doxepin</i>	Apotex	100	25,00	➡	0,2500
02559099	<i>Mar-Doxepin</i>	Marcan	100	25,00	➡	0,2500
00024333	<i>Sinequan</i>	AA Pharma	100	50,00		0,5000

Caps.				50 mg	PPB	
02050013	<i>Apo-Doxepin</i>	Apotex	100	46,37	➡	0,4637
02559102	<i>Mar-Doxepin</i>	Marcan	100	46,37	➡	0,4637
00024341	<i>Sinequan</i>	AA Pharma	100	92,74		0,9274

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DULOXÉTINE

Caps. L.A.

30 mg **PPB**

02475308	<i>AG-Duloxetine</i>	Angita	100	48,13	➡	0,4813
02440423	<i>Apo-Duloxetine</i>	Apotex	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02436647	<i>Auro-Duloxetine</i>	AuroPharma	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02507722	<i>Bio-Duloxetine</i>	Biomed	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02481952	<i>Duloxetine</i>	Altamed	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02495082	<i>Duloxetine</i>	Riva	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02490889	<i>Duloxetine</i>	Sanis	100	48,13	➡	0,4813
02453630	<i>Duloxetine</i>	Sivem	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02496496	<i>Jamp Duloxetine</i>	Jamp	100	48,13	➡	0,4813
			500	240,65	➡	0,4813
02451913	<i>Jamp-Duloxetine</i>	Jamp	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02446081	<i>Mar-Duloxetine</i>	Marcan	100	48,13	➡	0,4813
02473208	<i>M-Duloxetine</i>	Mantra Ph.	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02438984	<i>Mint-Duloxetine</i>	Mint	100	48,13	➡	0,4813
02482126	<i>NRA-Duloxetine</i>	Nora	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02429446	<i>pms-Duloxetine</i>	Phmscience	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02452650	<i>Pro-Duloxetine</i>	Pro Doc	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02438259	<i>Ran-Duloxetine</i>	Ranbaxy	100	48,13	➡	0,4813
02439948	<i>Sandoz Duloxetine</i>	Sandoz	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813
02457199	<i>Taro-Duloxetine</i>	Taro	90	43,32	➡	0,4813
02456753	<i>Teva-Duloxetine</i>	Teva Can	30	14,44	➡	0,4813
			100	48,13	➡	0,4813

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.			60 mg PPB		
02475316	<i>AG-Duloxetine</i>	Angita	100	97,69	➡ 0,9769
02440431	<i>Apo-Duloxetine</i>	Apotex	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02436655	<i>Auro-Duloxetine</i>	AuroPharma	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02507765	<i>Bio-Duloxetine</i>	Biomed	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02481960	<i>Duloxetine</i>	Altamed	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02495090	<i>Duloxetine</i>	Riva	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02490897	<i>Duloxetine</i>	Sanis	100	97,69	➡ 0,9769
02453649	<i>Duloxetine</i>	Sivem	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02496518	<i>Jamp Duloxetine</i>	Jamp	100	97,69	➡ 0,9769
02451921	<i>Jamp-Duloxetine</i>	Jamp	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02446103	<i>Mar-Duloxetine</i>	Marcan	100	97,69	➡ 0,9769
			500	488,44	➡ 0,9769
02473216	<i>M-Duloxetine</i>	Mantra Ph.	30	29,31	➡ 0,9769
			500	488,44	➡ 0,9769
02438992	<i>Mint-Duloxetine</i>	Mint	100	97,69	➡ 0,9769
02482134	<i>NRA-Duloxetine</i>	Nora	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02429454	<i>pms-Duloxetine</i>	Phmscience	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02452669	<i>Pro-Duloxetine</i>	Pro Doc	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02438267	<i>Ran-Duloxetine</i>	Ranbaxy	100	97,69	➡ 0,9769
			500	488,44	➡ 0,9769
02439956	<i>Sandoz Duloxetine</i>	Sandoz	30	29,31	➡ 0,9769
			100	97,69	➡ 0,9769
02457202	<i>Taro-Duloxetine</i>	Taro	90	87,92	➡ 0,9769
02456761	<i>Teva-Duloxetine</i>	Teva Can	30	29,31	➡ 0,9769
			90	87,92	➡ 0,9769

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ESCITALOPRAM (OXALATE D') **

Co.

 10 mg **PPB**

02434652	<i>ACH-Escitalopram</i>	Accord	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02477742	<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02510944	<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02295016	<i>Apo-escitalopram</i>	Apotex	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02397358	<i>Auro-Escitalopram</i>	AuroPharma	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02481154	<i>Bio-Escitalopram</i>	Biomed	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02263238	<i>Ciprallex</i>	Lundbeck	30	67,44		2,2480
			100	224,81		2,2481
02429780	<i>Escitalopram</i>	Jamp	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02424401	<i>Escitalopram</i>	Pro Doc	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02430118	<i>Escitalopram</i>	Sanis	100	31,09	➡	0,3109
			1000	310,90	➡	0,3109
02429039	<i>Escitalopram</i>	Sivem	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02508893	<i>Jamp-Escitalopram</i>	Jamp	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02423480	<i>Mar-Escitalopram</i>	Marcan	100	31,09	➡	0,3109
			500	155,45	➡	0,3109
02471418	<i>M-Escitalopram</i>	Mantra Ph.	30	9,33	➡	0,3109
			500	155,45	➡	0,3109
02407418	<i>Mint-Escitalopram</i>	Mint	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02309467	<i>Mylan-Escitalopram</i>	Mylan	100	31,09	➡	0,3109
02554909	<i>NATCO-Escitalopram</i>	Natco	100	31,09	➡	0,3109
02440296	<i>NAT-Escitalopram</i>	Natco	100	31,09		R
02476851	<i>NRA-Escitalopram</i>	Nora	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02469243	<i>pms-Escitalopram</i>	Phmscience	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02428830	<i>Riva-Escitalopram</i>	Riva	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02364077	<i>Sandoz Escitalopram</i>	Sandoz	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109
02385481	<i>Taro-Escitalopram</i>	Sun Pharma	100	31,09	➡	0,3109
			500	155,45	➡	0,3109
02318180	<i>Teva-Escitalopram</i>	Teva Can	30	9,33	➡	0,3109
			100	31,09	➡	0,3109

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			20 mg PPB		
02434660	<i>ACH-Escitalopram</i>	Accord	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02477769	<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02510952	<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02295024	<i>Apo-escitalopram</i>	Apotex	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02397374	<i>Auro-Escitalopram</i>	AuroPharma	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02481170	<i>Bio-Escitalopram</i>	Biomed	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02263254	<i>Ciprallex</i>	Lundbeck	30	72,01	2,4003
02429799	<i>Escitalopram</i>	Jamp	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02424428	<i>Escitalopram</i>	Pro Doc	30	9,93	➡ 0,3310
02430126	<i>Escitalopram</i>	Sanis	100	33,10	➡ 0,3310
			1000	331,00	➡ 0,3310
02429047	<i>Escitalopram</i>	Sivem	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02508907	<i>Jamp-Escitalopram</i>	Jamp	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02423502	<i>Mar-Escitalopram</i>	Marcan	100	33,10	➡ 0,3310
			500	165,50	➡ 0,3310
02471426	<i>M-Escitalopram</i>	Mantra Ph.	30	9,93	➡ 0,3310
			500	165,50	➡ 0,3310
02407434	<i>Mint-Escitalopram</i>	Mint	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02309475	<i>Mylan-Escitalopram</i>	Mylan	100	33,10	➡ 0,3310
02554933	<i>NATCO-Escitalopram</i>	Natco	100	33,10	➡ 0,3310
02440318	<i>NAT-Escitalopram</i>	Natco	100	33,10	R
02476878	<i>NRA-Escitalopram</i>	Nora	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02469251	<i>pms-Escitalopram</i>	Phmscience	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02428857	<i>Riva-Escitalopram</i>	Riva	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02364085	<i>Sandoz Escitalopram</i>	Sandoz	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310
02385503	<i>Taro-Escitalopram</i>	Sun Pharma	100	33,10	➡ 0,3310
			500	165,50	➡ 0,3310
02318202	<i>Teva-Escitalopram</i>	Teva Can	30	9,93	➡ 0,3310
			100	33,10	➡ 0,3310

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

10 mg **PPB**

02485052	<i>AG-Fluoxetine</i>	Angita	100	34,04	➡	0,3404
02216353	<i>Apo-Fluoxétine</i>	Apotex	100	34,04	➡	0,3404
02385627	<i>Auro-Fluoxetine</i>	AuroPharma	100	34,04	➡	0,3404
02448424	<i>Bio-Fluoxetine</i>	Biomed	100	34,04	➡	0,3404
02393441	<i>Fluoxetine</i>	Accord	100	34,04	➡	0,3404
02286068	<i>Fluoxetine</i>	Sanis	100	34,04	➡	0,3404
02374447	<i>Fluoxetine</i>	Sivem	100	34,04	➡	0,3404
02401894	<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	100	34,04	➡	0,3404
02392909	<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	100	34,04	➡	0,3404
02529432	<i>M-Fluoxetine</i>	Mantra Ph.	100	34,04	➡	0,3404
02380560	<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	100	34,04	➡	0,3404
02503875	<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	100	34,04	➡	0,3404
02177579	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	34,04	➡	0,3404
02314991	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	34,04	➡	0,3404
02305461	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	34,04	➡	0,3404
02216582	<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	100	34,04	➡	0,3404

Caps.

20 mg **PPB**

02485060	<i>AG-Fluoxetine</i>	Angita	100	33,11	➡	0,3311
02216361	<i>Apo-Fluoxétine</i>	Apotex	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02385635	<i>Auro-Fluoxetine</i>	AuroPharma	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02448432	<i>Bio-Fluoxetine</i>	Biomed	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02286076	<i>Fluoxetine</i>	Sanis	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02374455	<i>Fluoxetine</i>	Sivem	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02383241	<i>Fluoxétine BP</i>	Accord	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02386402	<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	100	33,11	➡	0,3311
02392917	<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	100	33,11	➡	0,3311
02529440	<i>M-Fluoxetine</i>	Mantra Ph.	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02380579	<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02503883	<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	100	33,11	➡	0,3311
02177587	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02315009	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02305488	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311
02216590	<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	100	33,11	➡	0,3311
			500	165,55	➡	0,3311

Caps.

40 mg

02464640	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	66,22		0,6622

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

60 mg

02464659	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	99,33	0,9933

Sol. Orale

20 mg/5 mL

PPB

02231328	<i>Fluoxetine</i>	Apotex	120 ml	25,90	➡	0,2158
02546752	<i>JAMP Fluoxetine Solution</i>	Jamp	120 ml	25,90	➡	0,2158
02459361	<i>Odan-Fluoxetine</i>	Odan	120 ml	25,90	➡	0,2158

FLUVOXAMINE (MALÉATE DE)

Co.

50 mg

PPB

02231329	<i>Apo-Fluvoxamine</i>	Apotex	100	54,10	➡	0,5410
01919342	<i>Luvox</i>	BGP Pharma	30	25,90	➡	0,8633
02255529	<i>Teva-Fluvoxamine</i>	Teva Can	100	54,10	➡	0,5410

Co.

100 mg

PPB

02231330	<i>Apo-Fluvoxamine</i>	Apotex	100	97,28	➡	0,9728
01919369	<i>Luvox</i>	BGP Pharma	30	46,58	➡	1,5527
02255537	<i>Teva-Fluvoxamine</i>	Teva Can	100	97,28	➡	0,9728

IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D')

Co.

10 mg

PPB

00360201	<i>Apo-Imipramine Tablets</i>	Apotex	100	12,57	➡	0,1257
02546337	<i>JAMP Imipramine</i>	Jamp	100	12,57	➡	0,1257

Co.

25 mg

PPB

00312797	<i>Apo-Imipramine Tablets</i>	Apotex	100	23,16	➡	0,2316
02546345	<i>JAMP Imipramine</i>	Jamp	100	23,16	➡	0,2316

Co.

50 mg

PPB

00326852	<i>Apo-Imipramine Tablets</i>	Apotex	100	45,19	➡	0,4519
02546353	<i>JAMP Imipramine</i>	Jamp	100	45,19	➡	0,4519

Co.

75 mg

PPB

00644579	<i>Apo-Imipramine Tablets</i>	Apotex	100	72,43	➡	0,7243
02546361	<i>JAMP Imipramine</i>	Jamp	100	72,43	➡	0,7243

L-TRYPTOPHANE

Co.

1 g

PPB

02248539	<i>Apo-Tryptophan (Co.)</i>	Apotex	100	91,31	➡	0,9131
* 02237250	<i>Teva-Tryptophan</i>	Teva Can	100	91,31		R
			250	228,28		R
00654531	<i>Tryptan (Co.)</i>	Bausch H.	100	135,72		1,3572

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.			250 mg		
02239326	<i>Tryptan (Co.)</i>	Bausch H.	100	33,93	0,3393

Co.			750 mg PPB		
02458721	<i>Apo-Tryptophan</i>	Apotex	100	98,89	➡ 0,9889
02239327	<i>Tryptan (Co.)</i>	Bausch H.	100	101,79	➡ 1,0179

Co. ou Caps.			500 mg PPB		
02248540	<i>Apo-Tryptophan (Caps.)</i>	Apotex	100	35,63	➡ 0,3563
02248538	<i>Apo-Tryptophan (Co.)</i>	Apotex	100	35,63	➡ 0,3563
* 02240333	<i>Teva-Tryptophan</i>	Teva Can	100	35,63	R
* 02240334	<i>Teva-Tryptophan</i>	Teva Can	100	35,63	R
00718149	<i>Tryptan (Caps)</i>	Bausch H.	100	67,86	0,6786
02029456	<i>Tryptan (Co.)</i>	Bausch H.	100	67,86	0,6786

MIRTAZAPINE

Co. Diss. Orale ou Co.			15 mg PPB		
02286610	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	30	2,92	➡ 0,0974
02411695	<i>Auro-Mirtazapine</i>	AuroPharma	30	2,92	➡ 0,0974
			50	4,87	➡ 0,0974
02299801	<i>Auro-Mirtazapine OD</i>	AuroPharma	30	2,92	➡ 0,0974
02532689	<i>Mirtazapine</i>	Sanis	100	9,74	➡ 0,0974
02496666	<i>Mirtazapine</i>	Sivem	30	2,92	➡ 0,0974
			100	9,74	➡ 0,0974
02256096	<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	100	9,74	➡ 0,0974
02534924	<i>NRA-Mirtazapine</i>	Nora	100	9,74	➡ 0,0974
02273942	<i>pms-Mirtazapine</i>	Phmscience	100	9,74	➡ 0,0974
02312778	<i>Pro-Mirtazapine</i>	Pro Doc	100	9,74	➡ 0,0974
02248542	<i>Remeron RD</i>	Organon	30	12,22	0,4073
02250594	<i>Sandoz Mirtazapine</i>	Sandoz	50	4,87	➡ 0,0974
02541572	<i>Teva-Mirtazapine</i>	Teva Can	30	2,92	➡ 0,0974
			100	9,74	➡ 0,0974

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Diss. Orale ou Co.

30 mg **PPB**

02286629	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	100	19,50	➡ 0,1950
02411709	<i>Auro-Mirtazapine</i>	AuroPharma	30	5,85	➡ 0,1950
			100	19,50	➡ 0,1950
02299828	<i>Auro-Mirtazapine OD</i>	AuroPharma	30	5,85	➡ 0,1950
02368579	<i>Jamp-Mirtazapine</i>	Jamp	100	19,50	➡ 0,1950
02370689	<i>Mirtazapine</i>	Sanis	100	19,50	➡ 0,1950
02496674	<i>Mirtazapine</i>	Sivem	30	5,85	➡ 0,1950
			100	19,50	➡ 0,1950
02256118	<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	100	19,50	➡ 0,1950
02534932	<i>NRA-Mirtazapine</i>	Nora	100	19,50	➡ 0,1950
02248762	<i>pms-Mirtazapine</i>	Phmscience	30	5,85	➡ 0,1950
			100	19,50	➡ 0,1950
02312786	<i>Pro-Mirtazapine</i>	Pro Doc	100	19,50	➡ 0,1950
02243910	<i>Remeron</i>	Organon	30	38,86	1,2953
02248543	<i>Remeron RD</i>	Organon	30	24,43	0,8143
02250608	<i>Sandoz Mirtazapine</i>	Sandoz	100	19,50	➡ 0,1950
02259354	<i>Teva-Mirtazapine</i>	Teva Can	100	19,50	➡ 0,1950

Co. Diss. Orale ou Co.

45 mg **PPB**

02286637	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	30	8,78	➡ 0,2925
02411717	<i>Auro-Mirtazapine</i>	AuroPharma	30	8,78	➡ 0,2925
			100	29,25	➡ 0,2925
02299836	<i>Auro-Mirtazapine OD</i>	AuroPharma	30	8,78	➡ 0,2925
02496682	<i>Mirtazapine</i>	Sivem	30	8,78	➡ 0,2925
02256126	<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	100	29,25	➡ 0,2925
02534940	<i>NRA-Mirtazapine</i>	Nora	30	8,78	➡ 0,2925
02248544	<i>Remeron RD</i>	Organon	30	36,66	1,2220
02541580	<i>Teva-Mirtazapine</i>	Teva Can	30	8,78	➡ 0,2925
			100	29,25	➡ 0,2925

MOCLOBÉMIDE

Co.

100 mg

02232148	<i>Moclobemide</i>	AA Pharma	100	34,00	0,3400

NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

10 mg

00015229	<i>Aventyl</i>	AA Pharma	100	29,95	0,2995

Caps.

25 mg

00015237	<i>Aventyl</i>	AA Pharma	100	60,54	0,6054

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

10 mg **PPB**

02475537	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	30,46	➡	0,3046
02510480	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	30,46	➡	0,3046
02240907	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	30,46	➡	0,3046
02383276	<i>Auro-Paroxetine</i>	AuroPharma	100	30,46	➡	0,3046
02444909	<i>Bio-Paroxetine</i>	Biomed	100	30,46	➡	0,3046
02507773	<i>JAMP Paroxetine</i>	Jamp	100	30,46	➡	0,3046
02368862	<i>Jamp-Paroxetine</i>	Jamp	30	9,14	➡	0,3046
			100	30,46	➡	0,3046
02411946	<i>Mar-Paroxetine</i>	Marcan	30	9,14	➡	0,3046
			100	30,46	➡	0,3046
02421372	<i>Mint-Paroxetine</i>	Mint	100	30,46	➡	0,3046
02467402	<i>M-Paroxetine</i>	Mantra Ph.	100	30,46	➡	0,3046
02479753	<i>NRA-Paroxetine</i>	Nora	100	30,46	➡	0,3046
02477823	<i>Paroxetine</i>	Altamed	100	30,46	➡	0,3046
02282844	<i>Paroxetine</i>	Sanis	100	30,46	➡	0,3046
02388227	<i>Paroxetine</i>	Sivem	100	30,46	➡	0,3046
02247750	<i>pms-Paroxetine</i>	Phmscience	30	9,14	➡	0,3046
			100	30,46	➡	0,3046
02248913	<i>Pro-Paroxétine</i>	Pro Doc	100	30,46	➡	0,3046
02248559	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	100	30,46	➡	0,3046
			250	76,15	➡	0,3046
02248556	<i>Teva-Paroxetine</i>	Teva Can	100	30,46	➡	0,3046

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

20 mg **PPB**

02475545	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	32,50	➡	0,3250
02510499	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	32,50	➡	0,3250
02240908	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02383284	<i>Auro-Paroxetine</i>	AuroPharma	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02444917	<i>Bio-Paroxetine</i>	Biomed	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02507781	<i>JAMP Paroxetine</i>	Jamp	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02368870	<i>Jamp-Paroxetine</i>	Jamp	30	9,75	➡	0,3250
			100	32,50	➡	0,3250
02411954	<i>Mar-Paroxetine</i>	Marcan	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02421380	<i>Mint-Paroxetine</i>	Mint	100	32,50	➡	0,3250
02467410	<i>M-Paroxetine</i>	Mantra Ph.	100	32,50	➡	0,3250
02479761	<i>NRA-Paroxetine</i>	Nora	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02477831	<i>Paroxetine</i>	Altamed	500	162,50	➡	0,3250
02282852	<i>Paroxetine</i>	Sanis	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02388235	<i>Paroxetine</i>	Sivem	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
01940481	<i>Paxil</i>	GSK	100	168,07		1,6807
02247751	<i>pms-Paroxetine</i>	Phmscience	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02248914	<i>Pro-Paroxétine</i>	Pro Doc	30	9,75	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02248560	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250
02248557	<i>Teva-Paroxetine</i>	Teva Can	100	32,50	➡	0,3250
			500	162,50	➡	0,3250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

30 mg **PPB**

02475553	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	34,53	➡ 0,3453
02510510	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	34,53	➡ 0,3453
02240909	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	34,53	➡ 0,3453
02383292	<i>Auro-Paroxetine</i>	AuroPharma	100	34,53	➡ 0,3453
02444925	<i>Bio-Paroxetine</i>	Biomed	100	34,53	➡ 0,3453
02507803	<i>JAMP Paroxetine</i>	Jamp	100	34,53	➡ 0,3453
02368889	<i>Jamp-Paroxetine</i>	Jamp	30	10,36	➡ 0,3453
			100	34,53	➡ 0,3453
02411962	<i>Mar-Paroxetine</i>	Marcan	30	10,36	➡ 0,3453
			100	34,53	➡ 0,3453
02421399	<i>Mint-Paroxetine</i>	Mint	100	34,53	➡ 0,3453
02467429	<i>M-Paroxetine</i>	Mantra Ph.	100	34,53	➡ 0,3453
02479788	<i>NRA-Paroxetine</i>	Nora	100	34,53	➡ 0,3453
02477858	<i>Paroxetine</i>	Altamed	100	34,53	➡ 0,3453
02282860	<i>Paroxetine</i>	Sanis	100	34,53	➡ 0,3453
02388243	<i>Paroxetine</i>	Sivem	100	34,53	➡ 0,3453
01940473	<i>Paxil</i>	GSK	30	53,59	1,7863
02247752	<i>pms-Paroxetine</i>	Phmscience	30	10,36	➡ 0,3453
			100	34,53	➡ 0,3453
02248915	<i>Pro-Paroxétine</i>	Pro Doc	100	34,53	➡ 0,3453
02248561	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	100	34,53	➡ 0,3453
			250	86,33	➡ 0,3453
02248558	<i>Teva-Paroxetine</i>	Teva Can	100	34,53	➡ 0,3453

**PHÉNELZINE (SULFATE DE) **

Co.

15 mg

00476552	<i>Nardil</i>	Search Phm	60	22,22	0,3703

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE) **

Caps.

25 mg **PPB**

02477882	<i>AG-Sertraline</i>	Angita	100	15,16	➡	0,1516
02238280	<i>Apo-Sertraline</i>	Apotex	100	15,16	➡	0,1516
02390906	<i>Auro-Sertraline</i>	AuroPharma	100	15,16	➡	0,1516
			250	37,90	➡	0,1516
02445042	<i>Bio-Sertraline</i>	Biomed	100	15,16	➡	0,1516
02399415	<i>Mar-Sertraline</i>	Marcan	100	15,16	➡	0,1516
02402378	<i>Mint-Sertraline</i>	Mint	100	15,16	➡	0,1516
02530937	<i>M-Sertraline</i>	Mantra Ph.	100	15,16	➡	0,1516
			500	75,80	➡	0,1516
02556235	<i>NB-Sertraline</i>	NB Pharma	100	15,16	➡	0,1516
02488434	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	15,16	➡	0,1516
			500	75,80	➡	0,1516
02244838	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	15,16	➡	0,1516
			1400	212,24	➡	0,1516
02248496	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	15,16	➡	0,1516
			250	37,90	➡	0,1516
02537249	<i>Sertraline</i>	Altamed	100	15,16	➡	0,1516
02469626	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	15,16	➡	0,1516
02353520	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	15,16	➡	0,1516
02386070	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	15,16	➡	0,1516
02241302	<i>Sertraline-25</i>	Pro Doc	100	15,16	➡	0,1516
02240485	<i>Teva-Sertraline</i>	Teva Can	100	15,16	➡	0,1516
02132702	<i>Zoloft</i>	BGP Pharma	100	83,18		0,8318

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			50 mg PPB		
02477890	<i>AG-Sertraline</i>	Angita	100	30,32	➡ 0,3032
02238281	<i>Apo-Sertraline</i>	Apotex	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02390914	<i>Auro-Sertraline</i>	AuroPharma	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02445050	<i>Bio-Sertraline</i>	Biomed	100	30,32	➡ 0,3032
02399423	<i>Mar-Sertraline</i>	Marcan	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02402394	<i>Mint-Sertraline</i>	Mint	100	30,32	➡ 0,3032
02530945	<i>M-Sertraline</i>	Mantra Ph.	100	30,32	➡ 0,3032
			500	151,60	➡ 0,3032
02556243	<i>NB-Sertraline</i>	NB Pharma	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02488442	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	30,32	➡ 0,3032
			500	151,60	➡ 0,3032
02244839	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02248497	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02537265	<i>Sertraline</i>	Altamed	100	30,32	➡ 0,3032
02469634	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	30,32	➡ 0,3032
02353539	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
02386089	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	30,32	➡ 0,3032
02241303	<i>Sertraline-50</i>	Pro Doc	250	75,80	➡ 0,3032
02240484	<i>Teva-Sertraline</i>	Teva Can	100	30,32	➡ 0,3032
			250	75,80	➡ 0,3032
01962817	<i>Zoloft</i>	BGP Pharma	100	166,34	➡ 1,6634
			250	415,86	➡ 1,6634

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. 100 mg PPB					
02477904	<i>AG-Sertraline</i>	Angita	100	33,03	➡ 0,3303
02238282	<i>Apo-Sertraline</i>	Apotex	100	33,03	➡ 0,3303
02390922	<i>Auro-Sertraline</i>	AuroPharma	100	33,03	➡ 0,3303
			250	82,58	➡ 0,3303
02445069	<i>Bio-Sertraline</i>	Biomed	100	33,03	➡ 0,3303
02399431	<i>Mar-Sertraline</i>	Marcan	100	33,03	➡ 0,3303
			250	82,58	➡ 0,3303
02402408	<i>Mint-Sertraline</i>	Mint	100	33,03	➡ 0,3303
02530953	<i>M-Sertraline</i>	Mantra Ph.	100	33,03	➡ 0,3303
			500	165,15	➡ 0,3303
02556251	<i>NB-Sertraline</i>	NB Pharma	100	33,03	➡ 0,3303
02488450	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	33,03	➡ 0,3303
			500	165,15	➡ 0,3303
02244840	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	33,03	➡ 0,3303
			800	264,24	➡ 0,3303
02248498	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	33,03	➡ 0,3303
			250	82,58	➡ 0,3303
02537281	<i>Sertraline</i>	Altamed	100	33,03	➡ 0,3303
02469642	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	33,03	➡ 0,3303
02353547	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	33,03	➡ 0,3303
			250	82,58	➡ 0,3303
02386097	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	33,03	➡ 0,3303
02241304	<i>Sertraline-100</i>	Pro Doc	100	33,03	➡ 0,3303
			250	82,58	➡ 0,3303
02240481	<i>Teva-Sertraline</i>	Teva Can	100	33,03	➡ 0,3303
01962779	<i>Zoloft</i>	BGP Pharma	100	174,66	➡ 1,7466

TRANLYCYPROMINE (SULFATE DE)

Co. 10 mg					
01919598	<i>Parnate</i>	GSK	100	36,05	➡ 0,3605

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 50 mg PPB					
02537907	<i>AG-Trazodone</i>	Angita	500	27,68	➡ 0,0554
02147637	<i>Apo-Trazodone</i>	Apotex	100	5,54	➡ 0,0554
02442809	<i>Jamp Trazodone</i>	Jamp	100	5,54	➡ 0,0554
			500	27,68	➡ 0,0554
01937227	<i>pms-Trazodone</i>	Phmscience	100	5,54	➡ 0,0554
			1500	83,04	➡ 0,0554
02144263	<i>Teva-Trazodone</i>	Teva Can	100	5,54	➡ 0,0554
			500	27,68	➡ 0,0554
02348772	<i>Trazodone</i>	Sanis	100	5,54	➡ 0,0554
			500	27,68	➡ 0,0554
02164353	<i>Trazodone-50</i>	Pro Doc	100	5,54	➡ 0,0554
			250	13,84	➡ 0,0554

Co. 75 mg					
02237339	<i>pms-Trazodone</i>	Phmscience	100	33,66	➡ 0,3366

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

100 mg **PPB**

02537915	<i>AG-Trazodone</i>	Angita	100	9,89	➡ 0,0989
02147645	<i>Apo-Trazodone</i>	Apotex	100	9,89	➡ 0,0989
02442817	<i>Jamp Trazodone</i>	Jamp	100	9,89	➡ 0,0989
			500	49,45	➡ 0,0989
01937235	<i>pms-Trazodone</i>	Phmscience	100	9,89	➡ 0,0989
			500	49,45	➡ 0,0989
02144271	<i>Teva-Trazodone</i>	Teva Can	100	9,89	➡ 0,0989
			500	49,45	➡ 0,0989
02348780	<i>Trazodone</i>	Sanis	100	9,89	➡ 0,0989
02164361	<i>Trazodone-100</i>	Pro Doc	100	9,89	➡ 0,0989

Co.

150 mg **PPB**

02537923	<i>AG-Trazodone</i>	Angita	100	14,53	➡ 0,1453
02147653	<i>Apo-Trazodone D</i>	Apotex	100	14,53	➡ 0,1453
02442825	<i>Jamp Trazodone</i>	Jamp	100	14,53	➡ 0,1453
02144298	<i>Teva-Trazodone</i>	Teva Can	100	14,53	➡ 0,1453
02348799	<i>Trazodone</i>	Sanis	100	14,53	➡ 0,1453
02164388	<i>Trazodone-150 D</i>	Pro Doc	100	14,53	➡ 0,1453

TRIMIPRAMINE

Caps.

75 mg

02070987	<i>Trimipramine</i>	AA Pharma	100	78,00	0,7800

Co.

12,5 mg

00740799	<i>Trimip</i>	AA Pharma	100	21,56	0,2156

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE) **

Caps. L.A.

37,5 mg **PPB**

02304317	<i>ACT Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	9,13	➡	0,0913
02331683	<i>Apo-Venlafaxine XR</i>	Apotex	100	9,13	➡	0,0913
			500	45,65	➡	0,0913
02452839	<i>Auro-Venlafaxine XR</i>	AuroPharma	100	9,13	➡	0,0913
			500	45,65	➡	0,0913
02237279	<i>Effexor XR</i>	BGP Pharma	90	75,51		0,8390
02522977	<i>Mint-Venlafaxine XR</i>	Mint	100	9,13	➡	0,0913
02471280	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	100	9,13	➡	0,0913
			500	45,65	➡	0,0913
02521466	<i>pmsc-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	9,13	➡	0,0913
02310317	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	9,13	➡	0,0913
02380072	<i>Taro-Venlafaxine XR</i>	Sun Pharma	100	9,13	➡	0,0913
			500	45,65	➡	0,0913
* 02275023	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	9,13		R
02516535	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	9,13	➡	0,0913
			500	45,65	➡	0,0913
02273969	<i>Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	9,13		R
			500	45,65		R
02339242	<i>Venlafaxine XR</i>	Pro Doc	100	9,13	➡	0,0913
			500	45,65	➡	0,0913
02489678	<i>Venlafaxine XR</i>	Riva	100	9,13	➡	0,0913
			500	45,65	➡	0,0913
02354713	<i>Venlafaxine XR</i>	Sanis	100	9,13	➡	0,0913
02385929	<i>Venlafaxine XR</i>	Sivem	100	9,13	➡	0,0913

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.			75 mg PPB		
02304325	<i>ACT Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02331691	<i>Apo-Venlafaxine XR</i>	Apotex	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02452847	<i>Auro-Venlafaxine XR</i>	AuroPharma	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02237280	<i>Effexor XR</i>	BGP Pharma	90	151,01	1,6779
02522985	<i>Mint-Venlafaxine XR</i>	Mint	500	91,25	➡ 0,1825
02471299	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02521482	<i>pmsc-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	500	91,25	➡ 0,1825
02310325	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02380080	<i>Taro-Venlafaxine XR</i>	Sun Pharma	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
* 02275031	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	18,25	R
			500	91,25	R
02516543	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02273977	<i>Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	18,25	R
			500	91,25	R
02339250	<i>Venlafaxine XR</i>	Pro Doc	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02489686	<i>Venlafaxine XR</i>	Riva	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02354721	<i>Venlafaxine XR</i>	Sanis	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825
02385937	<i>Venlafaxine XR</i>	Sivem	100	18,25	➡ 0,1825
			500	91,25	➡ 0,1825

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.			150 mg PPB		
02304333	<i>ACT Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02331705	<i>Apo-Venlafaxine XR</i>	Apotex	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02452855	<i>Auro-Venlafaxine XR</i>	AuroPharma	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02237282	<i>Effexor XR</i>	BGP Pharma	90	159,72	1,7747
02522993	<i>Mint-Venlafaxine XR</i>	Mint	500	96,35	➡ 0,1927
02471302	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	500	96,35	➡ 0,1927
02521474	<i>pmsc-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	500	96,35	➡ 0,1927
02310333	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02380099	<i>Taro-Venlafaxine XR</i>	Sun Pharma	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
* 02275058	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	19,27	R
			500	96,35	R
02516551	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02273985	<i>Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	19,27	R
			500	96,35	R
02339269	<i>Venlafaxine XR</i>	Pro Doc	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02489694	<i>Venlafaxine XR</i>	Riva	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02354748	<i>Venlafaxine XR</i>	Sanis	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927
02385945	<i>Venlafaxine XR</i>	Sivem	100	19,27	➡ 0,1927
			500	96,35	➡ 0,1927

VORTIOXÉTINE (BROMHYDRATE DE)

Co.			5 mg PPB		
02552744	<i>Apo-Vortioxetine</i>	Apotex	100	158,53	➡ 1,5853
02432919	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	78,81	2,8148

Co.			10 mg PPB		
02552752	<i>Apo-Vortioxetine</i>	Apotex	100	166,06	➡ 1,6606
02432927	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	82,56	2,9484

Co.			20 mg PPB		
02552779	<i>Apo-Vortioxetine</i>	Apotex	100	180,28	➡ 1,8028
02432943	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	89,63	3,2011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:16.08

ANTIPSYCHOTIQUES

ARIPIRAZOLE

Co.

2 mg **PPB**

02322374	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	87,42		2,9140
02448173	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	100	80,92	➡	0,8092
02471086	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02488000	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02506688	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	80,92	➡	0,8092
02534320	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02460025	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02553163	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02483556	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02472201	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02466635	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02479346	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092
02473658	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	24,28	➡	0,8092
			100	80,92	➡	0,8092

Co.

5 mg **PPB**

02322382	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	98,40		3,2800
02448181	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	100	90,46	➡	0,9046
02471094	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02488019	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02506718	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	90,46	➡	0,9046
02534339	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02460033	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02553171	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02483564	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02472228	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02466643	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02479354	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046
02473666	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	27,14	➡	0,9046
			100	90,46	➡	0,9046

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

10 mg **PPB**

02322390	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02448203	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	100	107,54 ➡	1,0754
02471108	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02488027	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	32,26 ➡	1,0754
02506726	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	107,54 ➡	1,0754
02534347	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02460041	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02553198	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02483572	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02472244	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02466651	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02479362	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754
02473674	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	32,26 ➡	1,0754
			100	107,54 ➡	1,0754

Co.

15 mg **PPB**

02322404	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02448211	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	100	126,92 ➡	1,2692
02471116	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692
02488035	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	38,08 ➡	1,2692
02506734	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	126,92 ➡	1,2692
02534355	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692
02460068	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692
02553201	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692
02483580	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692
02472252	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692
02466678	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692
02479370	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	38,08 ➡	1,2692
02473682	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	38,08 ➡	1,2692
			100	126,92 ➡	1,2692

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

20 mg **PPB**

02322412	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02448238	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	100	100,17 ➡	1,0017
02471124	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02488043	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	30,05 ➡	1,0017
02506750	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	100,17 ➡	1,0017
02534363	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02460076	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02553228	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02483599	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02472260	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02466686	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02479389	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	30,05 ➡	1,0017
02473690	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017

Co.

30 mg **PPB**

02322455	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02448246	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	30	30,05 ➡	1,0017
02471132	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02488051	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	30,05 ➡	1,0017
02506785	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	100,17 ➡	1,0017
02534371	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	30,05 ➡	1,0017
02460084	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02553236	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02483602	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02472279	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02466694	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017
02479397	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	30,05 ➡	1,0017
02473704	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	30,05 ➡	1,0017
			100	100,17 ➡	1,0017

Pd. Inj. I.M.

300 mg

02420864	<i>Abilify Maintena</i>	Otsuka Can	1	456,18	

Pd. Inj. I.M.

400 mg

02420872	<i>Abilify Maintena</i>	Otsuka Can	1	456,18	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Susp. Inj. I.M. (ser)

720 mg/2,4 mL

02554569	<i>Abilify Asimtufii</i>	Otsuka Can	1	912,36	

Susp. Inj. I.M. (ser)

960 mg/3,2 mL

02554577	<i>Abilify Asimtufii</i>	Otsuka Can	1	912,36	

**CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

25 mg

00232823	<i>Teva-Chlorpromazine</i>	Teva Can	100 500	24,54 122,70	0,2454 0,2454

Co.

50 mg

00232807	<i>Teva-Chlorpromazine</i>	Teva Can	100 500	28,08 140,40	0,2808 0,2808

Co.

100 mg

00232831	<i>Teva-Chlorpromazine</i>	Teva Can	100 500	74,75 373,75	0,7475 0,7475

**CLOZAPINE **

Co. Diss. Orale

12,5 mg

02554631	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	32,97	0,3297

Co. ou Co. Diss. Orale

25 mg **PPB**

02248034	<i>AA-Clozapine</i>	AA Pharma	100	65,94	➡ 0,6594
00894737	<i>Clozaril</i>	HLS	100	94,20	➡ 0,9420
02247243	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	65,94	➡ 0,6594
02554658	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	65,94	➡ 0,6594

Co. ou Co. Diss. Orale

50 mg **PPB**

02458748	<i>AA-Clozapine</i>	AA Pharma	100	131,88	➡ 1,3188
02305003	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	131,88	➡ 1,3188
02554666	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	131,88	➡ 1,3188

Co. ou Co. Diss. Orale

100 mg **PPB**

02248035	<i>AA-Clozapine</i>	AA Pharma	100	264,46	➡ 2,6446
00894745	<i>Clozaril</i>	HLS	100	377,80	➡ 3,7780
02247244	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	264,46	➡ 2,6446
02554674	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	264,46	➡ 2,6446

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Diss. Orale			200 mg PPB		
02458756	AA-Clozapine	AA Pharma	100	528,92	➡ 5,2892
02305011	Gen-Clozapine	Mylan	100	528,92	➡ 5,2892
02554682	Gen-Clozapine	Mylan	100	528,92	➡ 5,2892

FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE)

Sol. Inj. I.M.

			20 mg/mL		
02156032	Fluanxol Dépot 2%	Lundbeck	1 ml	7,18	

Sol. Inj. I.M.

			100 mg/mL		
02156040	Fluanxol Dépot 10%	Lundbeck	1 ml	35,93	

FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE)

Co.

			0,5 mg		
02156008	Fluanxol	Lundbeck	100	24,83	0,2483

Co.

			3 mg		
02156016	Fluanxol	Lundbeck	100	53,62	0,5362

FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

			1 mg		
00405345	Fluphénazine	AA Pharma	100	17,39	0,1739

Co.

			2 mg		
00410632	Fluphénazine	AA Pharma	100	22,52	0,2252

Co.

			5 mg		
00405361	Fluphénazine	AA Pharma	100	17,20	0,1720

HALOPÉRIDOL

Co.

			0,5 mg		
00363685	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	14,30	0,1430

Co.

			1 mg		
00363677	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	21,48	0,2148

Co.

			2 mg		
00363669	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	32,11	0,3211

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.			5 mg		
00363650	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	51,21	0,5121

Co.			10 mg		
00713449	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	74,50	0,7450

Sol. Inj. I.M.			5 mg/mL PPB		
* 00808652	<i>Halopéridol</i>	Sandoz	1 ml	➡ 3,96	
02366010	<i>Halopéridol Injection</i>	Oméga	1 ml	➡ 3,96	
02406411	<i>Haloperidol Injection, USP</i>	Fresenius	1 ml	➡ 3,96	

HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D')

Sol. Inj. I.M.			100 mg/mL		
* 02130300	<i>Halopéridol LA</i>	Sandoz	5 ml	84,61	

LOXAPINE (SUCCINATE DE)

Co.			2,5 mg		
* 02242868	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100	25,75	0,2575

Co.			10 mg		
* 02230838	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100	32,25	0,3225

Co.			25 mg		
* 02230839	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100	49,98	0,4998

LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			20 mg PPB		
02513986	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75 ➡	1,2250
			100	122,50 ➡	1,2250
02516438	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75 ➡	1,2250
02422050	<i>Latuda</i>	Sumitomo	30	107,10	3,5700
02548585	<i>Lurasidone</i>	Sanis	100	122,50 ➡	1,2250
02522314	<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	30	36,75 ➡	1,2250
02505878	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75 ➡	1,2250
02521075	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75 ➡	1,2250
			100	122,50 ➡	1,2250
02504499	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75 ➡	1,2250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

40 mg **PPB**

02513994	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	➡	1,2250
			100	122,50	➡	1,2250
02516446	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	➡	1,2250
02387751	<i>Latuda</i>	Sumitomo	30	107,10		3,5700
02548593	<i>Lurasidone</i>	Sanis	100	122,50	➡	1,2250
02522322	<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	30	36,75	➡	1,2250
02505886	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	➡	1,2250
02521091	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	➡	1,2250
			100	122,50	➡	1,2250
02504502	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	➡	1,2250

Co.

60 mg **PPB**

02514001	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	➡	1,2250
			100	122,50	➡	1,2250
02516454	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	➡	1,2250
02413361	<i>Latuda</i>	Sumitomo	30	107,10		3,5700
02548607	<i>Lurasidone</i>	Sanis	30	36,75	➡	1,2250
02522330	<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	30	36,75	➡	1,2250
02505894	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	➡	1,2250
02521105	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	➡	1,2250
02504510	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	➡	1,2250

Co.

80 mg **PPB**

02514028	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	➡	1,2250
			100	122,50	➡	1,2250
02516462	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	➡	1,2250
02387778	<i>Latuda</i>	Sumitomo	30	107,10		3,5700
02548615	<i>Lurasidone</i>	Sanis	30	36,75	➡	1,2250
02522349	<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	30	36,75	➡	1,2250
02505908	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	➡	1,2250
02521113	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	➡	1,2250
02504529	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	➡	1,2250

Co.

120 mg **PPB**

02514036	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	➡	1,2250
			100	122,50	➡	1,2250
02516470	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	➡	1,2250
02505916	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	➡	1,2250
02521121	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	➡	1,2250
02504537	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	➡	1,2250

MÉTHOTRIMÉPRAZINE

Co.

2 mg

02238403	<i>Méthoprazine</i>	AA Pharma	100	7,21		0,0721

Sol. Inj.

25 mg/mL

01927698	<i>Nozinan</i>	Xediton	1 ml	3,25		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OLANZAPINE

Co.

2,5 mg **PPB**

02487608	<i>AG-Olanzapine FC</i>	Angita	100	17,72	➡	0,1772
02281791	<i>Apo-Olanzapine</i>	Apotex	100	17,72	➡	0,1772
02417243	<i>Jamp-Olanzapine FC</i>	Jamp	100	17,72	➡	0,1772
02410141	<i>Mint-Olanzapine</i>	Mint	100	17,72	➡	0,1772
02545586	<i>NRA-Olanzapine</i>	Nora	100	17,72	➡	0,1772
02311968	<i>Olanzapine</i>	Pro Doc	100	17,72	➡	0,1772
02372819	<i>Olanzapine</i>	Sanis	100	17,72	➡	0,1772
02385864	<i>Olanzapine</i>	Sivem	100	17,72	➡	0,1772
02303116	<i>pms-Olanzapine</i>	Phmscience	100	17,72	➡	0,1772
02337126	<i>Riva-Olanzapine</i>	Riva	100	17,72	➡	0,1772
			500	88,60	➡	0,1772
02310341	<i>Sandoz Olanzapine</i>	Sandoz	100	17,72	➡	0,1772
02276712	<i>Teva-Olanzapine</i>	Teva Can	100	17,72	➡	0,1772
02229250	<i>Zyprexa</i>	Cheplaphar	28	49,03		1,7511

Co.

7,5 mg **PPB**

02281813	<i>Apo-Olanzapine</i>	Apotex	100	53,16	➡	0,5316
02417278	<i>Jamp-Olanzapine FC</i>	Jamp	100	53,16	➡	0,5316
02410176	<i>Mint-Olanzapine</i>	Mint	30	15,95	➡	0,5316
			100	53,16	➡	0,5316
02545608	<i>NRA-Olanzapine</i>	Nora	100	53,16	➡	0,5316
02311984	<i>Olanzapine</i>	Pro Doc	100	53,16	➡	0,5316
02372835	<i>Olanzapine</i>	Sanis	100	53,16	➡	0,5316
02385880	<i>Olanzapine</i>	Sivem	100	53,16	➡	0,5316
02303167	<i>pms-Olanzapine</i>	Phmscience	100	53,16	➡	0,5316
02337142	<i>Riva-Olanzapine</i>	Riva	100	53,16	➡	0,5316
			500	265,80	➡	0,5316
02310376	<i>Sandoz Olanzapine</i>	Sandoz	100	53,16	➡	0,5316
02276739	<i>Teva-Olanzapine</i>	Teva Can	100	53,16	➡	0,5316
02229277	<i>Zyprexa</i>	Cheplaphar	28	147,09		5,2532

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Diss. Orale ou Co.

5 mg **PPB**

02487616	<i>AG-Olanzapine FC</i>	Angita	100	35,44	➡	0,3544
02487667	<i>AG-Olanzapine ODT</i>	Angita	30	10,63	➡	0,3544
02281805	<i>Apo-Olanzapine</i>	Apotex	100	35,44	➡	0,3544
02360616	<i>Apo-Olanzapine ODT</i>	Apotex	30	10,63	➡	0,3544
02448726	<i>Auro-Olanzapine ODT</i>	AuroPharma	30	10,63	➡	0,3544
02417251	<i>Jamp-Olanzapine FC</i>	Jamp	100	35,44	➡	0,3544
02406624	<i>Jamp-Olanzapine ODT</i>	Jamp	30	10,63	➡	0,3544
02410168	<i>Mint-Olanzapine</i>	Mint	100	35,44	➡	0,3544
02436965	<i>Mint-Olanzapine ODT</i>	Mint	30	10,63	➡	0,3544
02545594	<i>NRA-Olanzapine</i>	Nora	100	35,44	➡	0,3544
02536188	<i>NRA-Olanzapine ODT</i>	Nora	30	10,63	➡	0,3544
02311976	<i>Olanzapine</i>	Pro Doc	100	35,44	➡	0,3544
02372827	<i>Olanzapine</i>	Sanis	100	35,44	➡	0,3544
02385872	<i>Olanzapine</i>	Sivem	100	35,44	➡	0,3544
02338645	<i>Olanzapine ODT</i>	Pro Doc	30	10,63	➡	0,3544
02352974	<i>Olanzapine ODT</i>	Sanis	30	10,63	➡	0,3544
02343665	<i>Olanzapine ODT</i>	Sivem	30	10,63	➡	0,3544
02303159	<i>pms-Olanzapine</i>	Phmscience	100	35,44	➡	0,3544
02303191	<i>pms-Olanzapine ODT</i>	Phmscience	30	10,63	➡	0,3544
02414090	<i>Ran-Olanzapine ODT</i>	Ranbaxy	28	9,92	➡	0,3544
02337134	<i>Riva-Olanzapine</i>	Riva	100	35,44	➡	0,3544
			500	177,20	➡	0,3544
02310368	<i>Sandoz Olanzapine</i>	Sandoz	100	35,44	➡	0,3544
02327775	<i>Sandoz Olanzapine ODT</i>	Sandoz	30	10,63	➡	0,3544
02276720	<i>Teva-Olanzapine</i>	Teva Can	100	35,44	➡	0,3544
02229269	<i>Zyprexa</i>	Cheplaphar	28	98,06		3,5021
02243086	<i>Zyprexa Zydys</i>	Cheplaphar	28	100,09		3,5746

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.			10 mg PPB		
02487632	<i>AG-Olanzapine FC</i>	Angita	100	70,88	➡ 0,7088
02487675	<i>AG-Olanzapine ODT</i>	Angita	30	21,26	➡ 0,7088
02281821	<i>Apo-Olanzapine</i>	Apotex	100	70,88	➡ 0,7088
02360624	<i>Apo-Olanzapine ODT</i>	Apotex	30	21,26	➡ 0,7088
02448734	<i>Auro-Olanzapine ODT</i>	AuroPharma	30	21,26	➡ 0,7088
02417286	<i>Jamp-Olanzapine FC</i>	Jamp	100	70,88	➡ 0,7088
02406632	<i>Jamp-Olanzapine ODT</i>	Jamp	30	21,26	➡ 0,7088
02410184	<i>Mint-Olanzapine</i>	Mint	100	70,88	➡ 0,7088
02436973	<i>Mint-Olanzapine ODT</i>	Mint	30	21,26	➡ 0,7088
02545616	<i>NRA-Olanzapine</i>	Nora	100	70,88	➡ 0,7088
02536196	<i>NRA-Olanzapine ODT</i>	Nora	30	21,26	➡ 0,7088
02311992	<i>Olanzapine</i>	Pro Doc	100	70,88	➡ 0,7088
02372843	<i>Olanzapine</i>	Sanis	100	70,88	➡ 0,7088
02385899	<i>Olanzapine</i>	Sivem	100	70,88	➡ 0,7088
02338653	<i>Olanzapine ODT</i>	Pro Doc	30	21,26	➡ 0,7088
02352982	<i>Olanzapine ODT</i>	Sanis	30	21,26	➡ 0,7088
02343673	<i>Olanzapine ODT</i>	Sivem	30	21,26	➡ 0,7088
02303175	<i>pms-Olanzapine</i>	Phmscience	100	70,88	➡ 0,7088
02303205	<i>pms-Olanzapine ODT</i>	Phmscience	30	21,26	➡ 0,7088
02414104	<i>Ran-Olanzapine ODT</i>	Ranbaxy	28	19,85	➡ 0,7088
02337150	<i>Riva-Olanzapine</i>	Riva	100	70,88	➡ 0,7088
			500	354,40	➡ 0,7088
02310384	<i>Sandoz Olanzapine</i>	Sandoz	100	70,88	➡ 0,7088
02327783	<i>Sandoz Olanzapine ODT</i>	Sandoz	30	21,26	➡ 0,7088
02276747	<i>Teva-Olanzapine</i>	Teva Can	100	70,88	➡ 0,7088
			500	354,40	➡ 0,7088
02229285	<i>Zyprexa</i>	Cheplaphar	28	196,12	7,0043
02243087	<i>Zyprexa Zydys</i>	Cheplaphar	28	200,00	7,1429

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Diss. Orale ou Co.

15 mg **PPB**

02487683	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	31,89	➡	1,0631
02281848	Apo-Olanzapine	Apotex	100	106,31	➡	1,0631
02360632	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	31,89	➡	1,0631
02448742	Auro-Olanzapine ODT	AuroPharma	30	31,89	➡	1,0631
02417294	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	106,31	➡	1,0631
02406640	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	31,89	➡	1,0631
02410192	Mint-Olanzapine	Mint	30	31,89	➡	1,0631
			100	106,31	➡	1,0631
02436981	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	31,89	➡	1,0631
02545624	NRA-Olanzapine	Nora	100	106,31	➡	1,0631
02536218	NRA-Olanzapine ODT	Nora	30	31,89	➡	1,0631
02312018	Olanzapine	Pro Doc	100	106,31	➡	1,0631
02372851	Olanzapine	Sanis	100	106,31	➡	1,0631
02385902	Olanzapine	Sivem	100	106,31	➡	1,0631
02338661	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	31,89	➡	1,0631
02352990	Olanzapine ODT	Sanis	30	31,89	➡	1,0631
02343681	Olanzapine ODT	Sivem	30	31,89	➡	1,0631
02303183	pms-Olanzapine	Phmscience	100	106,31	➡	1,0631
02303213	pms-Olanzapine ODT	Phmscience	30	31,89	➡	1,0631
02414112	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	29,77	➡	1,0631
02337169	Riva-Olanzapine	Riva	100	106,31	➡	1,0631
			500	531,55	➡	1,0631
02310392	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	106,31	➡	1,0631
02327791	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	31,89	➡	1,0631
02276755	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	106,31	➡	1,0631
02238850	Zyprexa	Cheplaphar	28	294,17		10,5061
02243088	Zyprexa Zydys	Cheplaphar	28	299,91		10,7111

Co. Diss. Orale ou Co.

20 mg **PPB**

02487691	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	42,41	➡	1,4137
02333015	Apo-Olanzapine	Apotex	100	141,37	➡	1,4137
02360640	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	42,41	➡	1,4137
02448750	Auro-Olanzapine ODT	AuroPharma	30	42,41	➡	1,4137
02417308	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	141,37	➡	1,4137
02406659	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	42,41	➡	1,4137
02545632	NRA-Olanzapine	Nora	100	141,37	➡	1,4137
02536226	NRA-Olanzapine ODT	Nora	30	42,41	➡	1,4137
02421704	Olanzapine	Pro Doc	100	141,37	➡	1,4137
02385910	Olanzapine	Sivem	100	141,37	➡	1,4137
02425114	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	42,41	➡	1,4137
02343703	Olanzapine ODT	Sivem	30	42,41	➡	1,4137
02414120	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	39,58	➡	1,4137
02327805	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	42,41	➡	1,4137
02359707	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	141,37	➡	1,4137
02238851	Zyprexa	Cheplaphar	28	392,23		14,0082
02243089	Zyprexa Zydys	Cheplaphar	28	395,84		14,1371

PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE)

Susp. Inj. I.M. 1 mois

50 mg/0,5 mL

02354217	Invega Sustenna	Janss. Inc	1	304,10	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. I.M. 1 mois 75 mg/0,75 mL					
02354225	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	1	456,18	
Susp. Inj. I.M. 1 mois 100 mg/1,0 mL					
02354233	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	1	456,18	
Susp. Inj. I.M. 1 mois 150 mg/1,5 mL					
02354241	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	1	608,22	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 175 mg/0,875 mL					
02455943	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	912,30	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 263 mg/1,315 mL					
02455986	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	1368,54	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 350 mg/1,75 mL					
02455994	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	1368,54	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 525 mg/2,625 mL					
02456001	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	1824,66	
PÉRICYAZINE 					
Caps. 5 mg					
01926780	<i>Neuleptil</i>	Search Phm	100	18,84	0,1884
Caps. 10 mg					
01926772	<i>Neuleptil</i>	Search Phm	100	29,85	0,2985
Sol. Orale 10 mg/mL					
01926756	<i>Neuleptil</i>	Search Phm	100 ml	32,84	0,3284
PERPHÉNAZINE 					
Co. 2 mg					
* 00335134	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	6,83	0,0683
Co. 4 mg					
* 00335126	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	8,26	0,0826

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

8 mg

* 00335118	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	9,08	0,0908

Co.

16 mg

* 00335096	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	13,89	0,1389

PIMOZIDE

Co.

4 mg

02245433	<i>Pimozide</i>	AA Pharma	100	41,36	0,4136

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)

Co.

5 mg

00886440	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	16,59	0,1659

Co.

10 mg

00886432	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	20,25	0,2025

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**QUÉTIAPINE (FUMARATE DE) **

Co.

25 mg **PPB**

02316080	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02475979	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02516934	<i>AG-Quetiapine Fumarate</i>	Angita	500	24,70	➡	0,0494
02313901	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02501635	<i>Apo-Quetiapine Fumarate</i>	Apotex	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02390205	<i>Auro-Quetiapine</i>	AuroPharma	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02447193	<i>Bio-Quetiapine</i>	Biomed	100	4,94	➡	0,0494
02390140	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02330415	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02399822	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02438003	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	4,94	➡	0,0494
02486237	<i>NRA-Quetiapine</i>	Nora	500	24,70	➡	0,0494
02296551	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02317346	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	500	24,70	➡	0,0494
02387794	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	4,94	➡	0,0494
02353164	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02317893	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02316692	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	4,94	➡	0,0494
			500	24,70	➡	0,0494
02236951	<i>Seroquel</i>	AZC	100	51,35		0,5135

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.		100 mg PPB			
02316099	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02475987	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	13,18	➡ 0,1318
02516942	<i>AG-Quetiapine Fumarate</i>	Angita	100	13,18	➡ 0,1318
02313928	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02501643	<i>Apo-Quetiapine Fumarate</i>	Apotex	100	13,18	➡ 0,1318
02390213	<i>Auro-Quetiapine</i>	AuroPharma	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02390159	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02330423	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02399830	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02438011	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	13,18	➡ 0,1318
02296578	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02317354	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	100	13,18	➡ 0,1318
02387808	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	13,18	➡ 0,1318
02353172	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02317907	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02316706	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	13,18	➡ 0,1318
			500	65,90	➡ 0,1318
02236952	<i>Seroquel</i>	AZC	100	137,00	➡ 1,3700

Co.		150 mg			
* 02387816	<i>Comprimés de quètiapine</i>	Accord	100	96,56	➡ 0,9656

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

200 mg **PPB**

02316110	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	100	26,47	➡ 0,2647
02475995	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	26,47	➡ 0,2647
02516950	<i>AG-Quetiapine Fumarate</i>	Angita	100	26,47	➡ 0,2647
02313936	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02501651	<i>Apo-Quetiapine Fumarate</i>	Apotex	100	26,47	➡ 0,2647
02390248	<i>Auro-Quetiapine</i>	AuroPharma	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02390167	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	26,47	➡ 0,2647
02330458	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	26,47	➡ 0,2647
02399849	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02438046	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	26,47	➡ 0,2647
02296594	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02317362	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	100	26,47	➡ 0,2647
02387824	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	26,47	➡ 0,2647
02353199	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02317923	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	26,47	➡ 0,2647
02316722	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02236953	<i>Seroquel</i>	AZC	100	275,20	➡ 2,7520

Co.

300 mg **PPB**

02316129	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	100	38,63	➡ 0,3863
02476002	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	38,63	➡ 0,3863
02516969	<i>AG-Quetiapine Fumarate</i>	Angita	100	38,63	➡ 0,3863
02313944	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	38,63	➡ 0,3863
02501678	<i>Apo-Quetiapine Fumarate</i>	Apotex	100	38,63	➡ 0,3863
02390256	<i>Auro-Quetiapine</i>	AuroPharma	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02390175	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	38,63	➡ 0,3863
02330466	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	38,63	➡ 0,3863
02399857	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02438054	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	38,63	➡ 0,3863
02296608	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02317370	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	100	38,63	➡ 0,3863
02387832	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	38,63	➡ 0,3863
02353202	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02317931	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	38,63	➡ 0,3863
02316730	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	38,63	➡ 0,3863
			500	193,15	➡ 0,3863
02244107	<i>Seroquel</i>	AZC	100	401,45	➡ 4,0145

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A.

50 mg **PPB**

02450860	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	15,01	➡ 0,2501
02520532	<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	100	25,01	➡ 0,2501
02457229	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	15,01	➡ 0,2501
02522187	<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	100	25,01	➡ 0,2501
02527928	<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	100	25,01	➡ 0,2501
02556820	<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	100	25,01	➡ 0,2501
02510677	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	15,01	➡ 0,2501
02516616	<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	100	25,01	➡ 0,2501
02519607	<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	100	25,01	➡ 0,2501
02417782	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	25,01	➡ 0,2501
02417359	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	15,01	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02407671	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	15,01	➡ 0,2501
			100	25,01	➡ 0,2501
02300184	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	58,80	0,9800
02395444	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	15,01	➡ 0,2501

Co. L.A.

150 mg **PPB**

02450879	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	29,56	➡ 0,4926
02520540	<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	100	49,26	➡ 0,4926
02457237	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	29,56	➡ 0,4926
02522195	<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	100	49,26	➡ 0,4926
02527936	<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	100	49,26	➡ 0,4926
02556839	<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	100	49,26	➡ 0,4926
02510685	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	29,56	➡ 0,4926
02516624	<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	100	49,26	➡ 0,4926
02519615	<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	100	49,26	➡ 0,4926
02417790	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	49,26	➡ 0,4926
02417367	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	29,56	➡ 0,4926
			100	49,26	➡ 0,4926
02407698	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	29,56	➡ 0,4926
			100	49,26	➡ 0,4926
02321513	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	115,80	1,9300
02395452	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	29,56	➡ 0,4926

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A.

200 mg **PPB**

02450887	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	39,97	➡ 0,6661
02520559	<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	100	66,61	➡ 0,6661
02457245	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	39,97	➡ 0,6661
02522209	<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	100	66,61	➡ 0,6661
02527944	<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	100	66,61	➡ 0,6661
02556847	<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	100	66,61	➡ 0,6661
02510693	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	39,97	➡ 0,6661
02516632	<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	100	66,61	➡ 0,6661
02519623	<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	100	66,61	➡ 0,6661
02417804	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	66,61	➡ 0,6661
02417375	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	39,97	➡ 0,6661
			100	66,61	➡ 0,6661
02407701	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	39,97	➡ 0,6661
			100	66,61	➡ 0,6661
02300192	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	157,20	2,6200
02395460	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	39,97	➡ 0,6661

Co. L.A.

300 mg **PPB**

02450895	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	58,66	➡ 0,9776
02520567	<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	100	97,76	➡ 0,9776
02457253	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	58,66	➡ 0,9776
02522217	<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	100	97,76	➡ 0,9776
02527952	<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	100	97,76	➡ 0,9776
02556855	<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	100	97,76	➡ 0,9776
02510707	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	58,66	➡ 0,9776
02516640	<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	100	97,76	➡ 0,9776
02519747	<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	100	97,76	➡ 0,9776
02417812	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	97,76	➡ 0,9776
02417383	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	58,66	➡ 0,9776
			100	97,76	➡ 0,9776
02407728	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	58,66	➡ 0,9776
			100	97,76	➡ 0,9776
02300206	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	231,60	3,8600
02395479	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	58,66	➡ 0,9776

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A.

400 mg **PPB**

02450909	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	79,62 ➡	1,3270
02520575	<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	100	132,70 ➡	1,3270
02457261	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	79,62 ➡	1,3270
02522225	<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	100	132,70 ➡	1,3270
02527960	<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	100	132,70 ➡	1,3270
02556863	<i>NB-Quetiapine XR</i>	NB Pharma	100	132,70 ➡	1,3270
02510715	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	79,62 ➡	1,3270
02516659	<i>Quetiapine Fumarate XR</i>	Sanis	100	132,70 ➡	1,3270
02519763	<i>Quetiapine XR</i>	Jamp	100	132,70 ➡	1,3270
02417820	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	132,70 ➡	1,3270
02417391	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	79,62 ➡	1,3270
			100	132,70 ➡	1,3270
02407736	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	79,62 ➡	1,3270
			100	132,70 ➡	1,3270
02300214	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	314,40	5,2400
02395487	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	79,62 ➡	1,3270

RISPÉRIDONE

Co.

0,25 mg **PPB**

02369079	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	8,78 ➡	0,0878
02282119	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	8,78 ➡	0,0878
			500	43,90 ➡	0,0878
02359529	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	8,78 ➡	0,0878
			500	43,90 ➡	0,0878
02371766	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	8,78 ➡	0,0878
02359790	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	8,78 ➡	0,0878
02252007	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	8,78 ➡	0,0878
			500	43,90 ➡	0,0878
02312700	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	8,78 ➡	0,0878
02356880	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	8,78 ➡	0,0878
			500	43,90 ➡	0,0878
02533804	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	8,78 ➡	0,0878
02283565	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	8,78 ➡	0,0878
02303655	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	8,78 ➡	0,0878
02328305	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	100	8,78 ➡	0,0878
			500	43,90 ➡	0,0878
* 02282690	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	100	8,78 ➡	0,0878
			500	43,90 ➡	0,0878

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

0,5 mg **PPB**

02369087	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	14,70	➡	0,1470
02282127	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	14,70	➡	0,1470
			500	73,50	➡	0,1470
02359537	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	14,70	➡	0,1470
			500	73,50	➡	0,1470
02371774	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	14,70	➡	0,1470
02359804	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	14,70	➡	0,1470
02252015	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	14,70	➡	0,1470
			500	73,50	➡	0,1470
02312719	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	14,70	➡	0,1470
02356899	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	14,70	➡	0,1470
			500	73,50	➡	0,1470
02533928	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	14,70	➡	0,1470
02283573	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	14,70	➡	0,1470
02303663	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	14,70	➡	0,1470
02328313	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	100	14,70	➡	0,1470
			500	73,50	➡	0,1470
02264188	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	100	14,70	➡	0,1470

Co.

1 mg **PPB**

02369095	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	20,31	➡	0,2031
02282135	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	20,31	➡	0,2031
			500	101,55	➡	0,2031
02359545	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	20,31	➡	0,2031
			500	101,55	➡	0,2031
02371782	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	20,31	➡	0,2031
02359812	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	20,31	➡	0,2031
02252023	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	20,31	➡	0,2031
			500	101,55	➡	0,2031
02312727	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	20,31	➡	0,2031
02356902	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	20,31	➡	0,2031
			500	101,55	➡	0,2031
02533936	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	20,31	➡	0,2031
			500	101,55	➡	0,2031
02283581	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	20,31	➡	0,2031
			500	101,55	➡	0,2031
02279800	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	20,31	➡	0,2031
			500	101,55	➡	0,2031
02328321	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	60	12,19	➡	0,2031
			100	20,31	➡	0,2031
02264196	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	100	20,31	➡	0,2031

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

2 mg **PPB**

02369117	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	40,62	➡ 0,4062
02282143	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	40,62	➡ 0,4062
			500	203,10	➡ 0,4062
02359553	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	40,62	➡ 0,4062
			500	203,10	➡ 0,4062
02371790	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	40,62	➡ 0,4062
02359820	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	40,62	➡ 0,4062
02252031	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	40,62	➡ 0,4062
			500	203,10	➡ 0,4062
02312735	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	40,62	➡ 0,4062
02356910	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	40,62	➡ 0,4062
			500	203,10	➡ 0,4062
02533944	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	40,62	➡ 0,4062
			500	203,10	➡ 0,4062
02283603	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	40,62	➡ 0,4062
			500	203,10	➡ 0,4062
02279819	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	40,62	➡ 0,4062
			500	203,10	➡ 0,4062
02328348	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	60	24,37	➡ 0,4062
			100	40,62	➡ 0,4062
02264218	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	100	40,62	➡ 0,4062

Co.

3 mg **PPB**

02369125	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	60,83	➡ 0,6083
02282151	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	60,83	➡ 0,6083
02359561	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	60,83	➡ 0,6083
02371804	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	60,83	➡ 0,6083
02359839	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	60,83	➡ 0,6083
02252058	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	60,83	➡ 0,6083
			500	304,15	➡ 0,6083
02312743	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	60,83	➡ 0,6083
02356929	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	60,83	➡ 0,6083
			250	152,08	➡ 0,6083
02533952	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	60,83	➡ 0,6083
			250	152,08	➡ 0,6083
02283611	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	60,83	➡ 0,6083
			250	152,08	➡ 0,6083
02279827	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	60,83	➡ 0,6083
			250	152,08	➡ 0,6083
02328364	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	60	36,50	➡ 0,6083
			100	60,83	➡ 0,6083
02264226	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	100	60,83	➡ 0,6083

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

4 mg **PPB**

02369133	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	81,11	➡ 0,8111
02282178	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	81,11	➡ 0,8111
02359588	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	81,11	➡ 0,8111
02371812	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	81,11	➡ 0,8111
02359847	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	81,11	➡ 0,8111
02252066	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	81,11	➡ 0,8111
02312751	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	81,11	➡ 0,8111
02356937	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	81,11	➡ 0,8111
02533960	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	81,11	➡ 0,8111
02283638	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	60	48,67	➡ 0,8111
			100	81,11	➡ 0,8111
02279835	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	81,11	➡ 0,8111
02328372	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	100	81,11	➡ 0,8111
02264234	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	100	81,11	➡ 0,8111

Trousse (Pd. Inj. I.M.)

12,5 mg

02298465	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	75,41	

Trousse (Pd. Inj. I.M.)

25 mg

02255707	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	156,09	

Trousse (Pd. Inj. I.M.)

37,5 mg

02255723	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	234,16	

Trousse (Pd. Inj. I.M.)

50 mg

02255758	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	312,20	

Trousse (Pd. Inj. I.M.)

75 mg

+ 02544601	<i>Okedi</i>	Bausch H.	1	250,00	

Trousse (Pd. Inj. I.M.)

100 mg

+ 02544628	<i>Okedi</i>	Bausch H.	1	250,00	

RISPÉRIDONE (TARTRATE DE)

Sol. Orale

1 mg/mL **PPB**

02454319	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	30 ml	13,99	➡ 0,4663
02279266	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	30 ml	13,99	➡ 0,4663

TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

1 mg

00345539	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	13,40	0,1340

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				2 mg	
00312754	Trifluopérazine	AA Pharma	100	17,93	0,1793

Co.				5 mg	
00312746	Trifluopérazine	AA Pharma	100	23,75	0,2375

Co.				10 mg	
00326836	Trifluopérazine	AA Pharma	100	28,46	0,2846

Co.				20 mg	
* 00595942	Trifluopérazine	AA Pharma	100	65,87	0,6587

ZIPRASIDONE

Caps.				20 mg	PPB	
02449544	Auro-Ziprasidone	AuroPharma	60	81,89	➡	1,3648
			100	136,48	➡	1,3648
02298597	Zeldox	BGP Pharma	60	81,89	➡	1,3648

Caps.				40 mg	PPB	
02449552	Auro-Ziprasidone	AuroPharma	60	93,80	➡	1,5633
			100	156,33	➡	1,5633
02298600	Zeldox	BGP Pharma	60	93,80	➡	1,5633

Caps.				60 mg	PPB	
02449560	Auro-Ziprasidone	AuroPharma	60	93,80	➡	1,5633
			100	156,33	➡	1,5633
02298619	Zeldox	BGP Pharma	60	93,80	➡	1,5633

Caps.				80 mg	PPB	
02449579	Auro-Ziprasidone	AuroPharma	60	93,80	➡	1,5633
			100	156,33	➡	1,5633
02298627	Zeldox	BGP Pharma	60	93,80	➡	1,5633

ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE)

Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
02230405	Clopixol-acuphase	Lundbeck	1 ml	14,91	

ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE)

Sol. Inj. I.M.				200 mg/mL	
02230406	Clopixol dépôt	Lundbeck	1 ml	14,91	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE) **

Co.				10 mg	
02230402	<i>Clonixol</i>	Lundbeck	100	38,35	0,3835

Co.				25 mg	
02230403	<i>Clonixol</i>	Lundbeck	100	95,88	0,9588

28:20.04

AMPHÉTAMINES

**DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) **

Caps. L.A.				10 mg PPB	
01924559	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	81,71	0,8171
02448319	<i>Teva-Dextroamphetamine SR</i>	Teva Can	100	80,96 ➡	0,8096

Caps. L.A.				15 mg PPB	
01924567	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	100,05	1,0005
02448327	<i>Teva-Dextroamphetamine SR</i>	Teva Can	100	98,98 ➡	0,9898

Co.				5 mg PPB	
01924516	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	56,89	0,5689
02443236	<i>Dextroamphetamine</i>	AA Pharma	100	50,81 ➡	0,5081

28:20.32

STIMULANTS RESPIRATOIRES ET DU SNC

**MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.				5 mg PPB	
02273950	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	9,47 ➡	0,0947
02234749	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	9,47 ➡	0,0947

Co.				10 mg PPB	
02249324	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	22,16 ➡	0,2216
			500	110,80 ➡	0,2216
00584991	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	22,16 ➡	0,2216
			500	110,80 ➡	0,2216

Co.				20 mg PPB	
02249332	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	27,35 ➡	0,2735
00585009	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	27,35 ➡	0,2735

Co. L.A.				20 mg	
02266687	<i>AA-Methylphenidate SR</i>	AA Pharma	100	28,20	0,2820

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:24.08

BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM ☒

Co.

0,25 mg **PPB**

00865397	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	6,09	➡	0,0609
			1000	60,90	➡	0,0609
01908189	<i>Pro-Alprazolam</i>	Pro Doc	100	6,09	➡	0,0609
01913484	<i>Teva-Alprazolam</i>	Teva Can	100	6,09	➡	0,0609
			1000	60,90	➡	0,0609
00548359	<i>Xanax</i>	BGP Pharma	100	18,97		0,1897

Co.

0,5 mg **PPB**

00865400	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	7,28	➡	0,0728
			1000	72,80	➡	0,0728
01908170	<i>Pro-Alprazolam</i>	Pro Doc	1000	72,80	➡	0,0728
01913492	<i>Teva-Alprazolam</i>	Teva Can	100	7,28	➡	0,0728
			1000	72,80	➡	0,0728
00548367	<i>Xanax</i>	BGP Pharma	100	22,67		0,2267

Co.

1 mg **PPB**

02243611	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	20,92	➡	0,2092
02248706	<i>Pro-Alprazolam</i>	Pro Doc	100	20,92	➡	0,2092
00723770	<i>Xanax</i>	BGP Pharma	100	40,81		0,4081

Co.

2 mg **PPB**

02243612	<i>Apo-Alpraz TS</i>	Apotex	100	37,18	➡	0,3718
00813958	<i>Xanax TS</i>	BGP Pharma	100	72,55		0,7255

BROMAZÉPAM ☒

Co.

3 mg **PPB**

02177161	<i>Apo-Bromazepam</i>	Apotex	100	7,76	➡	0,0776
02230584	<i>Teva-Bromazepam</i>	Teva Can	100	7,76	➡	0,0776
			500	38,80	➡	0,0776

Co.

6 mg **PPB**

02177188	<i>Apo-Bromazepam</i>	Apotex	100	11,34	➡	0,1134
02230585	<i>Teva-Bromazepam</i>	Teva Can	100	11,34	➡	0,1134
			500	56,70	➡	0,1134

CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE) ☒

Caps.

25 mg

00522996	<i>Chlordiazépoxide</i>	AA Pharma	100	16,58		0,1658

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DIAZÉPAM ☒

Co.				2 mg	
00405329	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	100	5,08	0,0508

Co.				5 mg PPB	
00362158	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	100	6,50 ➡	0,0650
00013285	<i>Valium</i>	Search Phm	100	15,63	0,1563

Co.				10 mg	
00405337	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	100	8,67	0,0867

Gel Rectal				5 mg/mL	
02238162	<i>Diastat 1 mL (5 mg)</i>	Bausch H.	2	142,18	71,0900
99113825	<i>Diastat 2 mL (10 mg)</i>	Bausch H.	2	142,18	71,0900
99113826	<i>Diastat 3 mL (15 mg)</i>	Bausch H.	2	142,18	71,0900

FLURAZÉPAM (CHLORHYDRATE DE) ☒

Caps.				15 mg	
00521698	<i>Flurazépam</i>	AA Pharma	100	11,66	0,1166

Caps.				30 mg	
00521701	<i>Flurazépam</i>	AA Pharma	100	13,64	0,1364

LORAZÉPAM ☒

Co.				0,5 mg PPB	
00655740	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	100	3,59 ➡	0,0359
			500	17,95 ➡	0,0359
00728187	<i>pms-Lorazepam</i>	Phmscience	100	3,59 ➡	0,0359
			1000	35,90 ➡	0,0359
00655643	<i>Pro-Lorazepam</i>	Pro Doc	500	17,95 ➡	0,0359
00711101	<i>Teva-Lorazepam</i>	Teva Can	100	3,59 ➡	0,0359
			1000	35,90 ➡	0,0359

Co.				1 mg PPB	
00655759	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447
00728195	<i>pms-Lorazepam</i>	Phmscience	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447
00655651	<i>Pro-Lorazepam</i>	Pro Doc	1000	44,70 ➡	0,0447
00637742	<i>Teva-Lorazepam</i>	Teva Can	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

2 mg **PPB**

00655767	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	100	6,99	➡	0,0699
			1000	69,90	➡	0,0699
00728209	<i>pms-Lorazepam</i>	Phmscience	100	6,99	➡	0,0699
			1000	69,90	➡	0,0699
00655678	<i>Pro-Lorazepam</i>	Pro Doc	100	6,99	➡	0,0699
00637750	<i>Teva-Lorazepam</i>	Teva Can	100	6,99	➡	0,0699
			1000	69,90	➡	0,0699

Sol. Inj.

4 mg/mL **PPB**

02550962	<i>Lorazepam Injectable</i>	Fresenius	10	190,80	➡	19,0800
02243278	<i>Lorazepam Injection</i>	Sandoz	1 ml	➡ 19,08		

MIDAZOLAM ☒

Sol. Inj.

1 mg/mL **PPB**

02242904	<i>Midazolam</i>	Fresenius	2 ml	➡ 1,56		
			5 ml	➡ 3,90		
			10 ml	➡ 5,80		
02240285	<i>Midazolam</i>	Sandoz	2 ml	➡ 1,56		
			5 ml	➡ 3,90		
			10 ml	➡ 5,80		

Sol. Inj.

5 mg/mL **PPB**

02242905	<i>Midazolam</i>	Fresenius	1 ml	➡ 4,10		
			2 ml	➡ 8,20		
			10 ml	➡ 25,30		
02240286	<i>Midazolam</i>	Sandoz	1 ml	➡ 4,10		
			2 ml	➡ 8,20		
			10 ml	➡ 25,30		

OXAZÉPAM ☒

Co.

10 mg **PPB**

00402680	<i>Apo-Oxazepam</i>	Apotex	100	3,50	➡	0,0350
			1000	35,00	➡	0,0350
00497754	<i>Pro-Oxazepam</i>	Pro Doc	500	17,50	➡	0,0350
			1000	35,00	➡	0,0350
00568392	<i>Riva-Oxazepam</i>	Riva	100	3,50	➡	0,0350
			500	17,50	➡	0,0350

Co.

15 mg **PPB**

00402745	<i>Apo-Oxazepam</i>	Apotex	100	5,50	➡	0,0550
			1000	55,00	➡	0,0550
00497762	<i>Pro-Oxazepam</i>	Pro Doc	500	27,50	➡	0,0550
			1000	55,00	➡	0,0550
00568406	<i>Riva-Oxazepam</i>	Riva	100	5,50	➡	0,0550
			500	27,50	➡	0,0550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			30 mg PPB		
00402737	<i>Apo-Oxazépam</i>	Apotex	100	7,50	➡ 0,0750
			1000	75,00	➡ 0,0750
00497770	<i>Pro-Oxazepam</i>	Pro Doc	500	37,50	➡ 0,0750
			1000	75,00	➡ 0,0750
00568414	<i>Riva-Oxazepam</i>	Riva	100	7,50	➡ 0,0750
			500	37,50	➡ 0,0750

TÉMAZÉPAM

Caps.			15 mg		
00604453	<i>Restoril</i>	AA Pharma	100	24,61	0,2461

Caps.			30 mg		
00604461	<i>Restoril</i>	AA Pharma	100	29,80	0,2980

28:24.92

ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES; DIVERS

BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			10 mg PPB		
02550555	<i>AMB-Buspirone</i>	Ambicare	100	26,59	➡ 0,2659
02211076	<i>Apo-Buspirone</i>	Apotex	100	26,59	➡ 0,2659
02500213	<i>Auro-Buspirone</i>	AuroPharma	100	26,59	➡ 0,2659
			1000	265,90	➡ 0,2659
02447851	<i>Buspirone</i>	Sanis	100	26,59	➡ 0,2659
02223163	<i>Buspirone-10</i>	Pro Doc	100	26,59	➡ 0,2659
02509911	<i>Jamp Buspirone</i>	Jamp	100	26,59	➡ 0,2659
02519054	<i>Mint-Buspirone</i>	Mint	100	26,59	➡ 0,2659
02230942	<i>pms-Buspirone</i>	Phmscience	100	26,59	➡ 0,2659
02231492	<i>Teva-Buspirone</i>	Teva Can	100	26,59	➡ 0,2659

HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D')

Caps.			10 mg		
00646059	<i>Hydroxyzine</i>	AA Pharma	100	12,92	0,1292

Caps.			25 mg		
00646024	<i>Hydroxyzine</i>	AA Pharma	100	19,37	0,1937

Caps.			50 mg		
00646016	<i>Hydroxyzine</i>	AA Pharma	100	23,88	0,2388

Sir.			10 mg/5 mL		
00024694	<i>Atarax</i>	Search Phm	473 ml	19,04	0,0403

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

50 mg

00575186	<i>Histantil</i>	Phmscience	100	16,64	0,1664

28:28

AGENTS ANTI-MANIAQUES

LITHIUM (CARBONATE DE)

Caps.

150 mg

02242837	<i>Apo-Lithium Carbonate</i>	Apotex	100	6,67	0,0667
00461733	<i>Carbolith</i>	Bausch H.	100	11,41	0,1141
02013231	<i>Lithane</i>	Search Phm	100	10,58	0,1058
02216132	<i>pms-Lithium carbonate</i>	Phmscience	100	6,67	0,0667
			1000	66,70	0,0667

Caps.

300 mg

02242838	<i>Apo-Lithium Carbonate</i>	Apotex	100	6,57	0,0657
00236683	<i>Carbolith</i>	Bausch H.	100	8,86	0,0886
			1000	88,61	0,0886
00406775	<i>Lithane</i>	Search Phm	1000	105,40	0,1054
02216140	<i>pms-Lithium carbonate</i>	Phmscience	100	6,57	0,0657
			1000	65,70	0,0657

Caps.

600 mg

02011239	<i>Carbolith</i>	Bausch H.	100	17,00	0,1700
02216159	<i>pms-Lithium carbonate</i>	Phmscience	100	16,23	0,1623

28:32.28

AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE

ALMOTRIPTAN (MALATE D')

Co.

6,25 mg

02398435	<i>Mylan-Almotriptan</i>	Mylan	6	42,26	7,0433

Co.

12,5 mg **PPB**

02424029	<i>Almotriptan</i>	Pro Doc	6	14,09	➡	2,3478
02466821	<i>Almotriptan</i>	Sanis	6	14,09	➡	2,3478
02398443	<i>Mylan-Almotriptan</i>	Mylan	6	14,09	➡	2,3478
02405334	<i>Sandoz Almotriptan</i>	Sandoz	6	14,09	➡	2,3478
* 02434849	<i>Teva-Almotriptan</i>	Teva Can	6	14,09		R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉLÉTRIPTAN (BROMHYDRATE D')

Co.

20 mg **PPB**

02386054	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02518015	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02479451	<i>Auro-Eletriptan</i>	AuroPharma	6	15,70	➡ 2,6167
02511266	<i>Eletriptan</i>	Sanis	6	15,70	➡ 2,6167
02493683	<i>Jamp Eletriptan</i>	Jamp	6	15,70	➡ 2,6167
02342235	<i>Mylan-Eletriptan</i>	Mylan	6	15,70	➡ 2,6167
02489961	<i>Pro-Eletriptan</i>	Pro Doc	6	15,70	➡ 2,6167
02256290	<i>Relpax</i>	BGP Pharma	6	79,18	13,1967
02382091	<i>Teva-Eletriptan</i>	Teva Can	6	15,70	➡ 2,6167

Co.

40 mg **PPB**

02386062	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02518023	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	➡ 2,6167
02479478	<i>Auro-Eletriptan</i>	AuroPharma	6	15,70	➡ 2,6167
02511274	<i>Eletriptan</i>	Sanis	6	15,70	➡ 2,6167
02493691	<i>Jamp Eletriptan</i>	Jamp	6	15,70	➡ 2,6167
02342243	<i>Mylan-Eletriptan</i>	Mylan	6	15,70	➡ 2,6167
02489988	<i>Pro-Eletriptan</i>	Pro Doc	6	15,70	➡ 2,6167
02256304	<i>Relpax</i>	BGP Pharma	6	79,18	13,1967
02382105	<i>Teva-Eletriptan</i>	Teva Can	6	15,70	➡ 2,6167

NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE)

Co.

1 mg

02314290	<i>Teva-Naratriptan</i>	Teva Can	8	49,15	6,1433

Co.

2,5 mg **PPB**

02322323	<i>Sandoz Naratriptan</i>	Sandoz	9	55,29	➡ 6,1433
02314304	<i>Teva-Naratriptan</i>	Teva Can	8	49,15	➡ 6,1433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE)

Co. Diss. Orale ou Co.

5 mg **PPB**

02492482	AG-Rizatriptan ODT	Angita	6	22,23	➡	3,7050
02393468	Apo-Rizatriptan	Apotex	6	22,23	➡	3,7050
02380455	Jamp-Rizatriptan	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
02465086	Jamp-Rizatriptan ODT	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
02379651	Mar-Rizatriptan	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
			30	111,15	➡	3,7050
02462788	Mar-Rizatriptan ODT	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
02240518	Maxalt RPD	Organon	12	171,57		14,2975
02548801	M-Rizatriptan ODT	Mantra Ph.	6	22,23	➡	3,7050
02379198	Mylan-Rizatriptan ODT	Mylan	6	22,23	➡	3,7050
02436604	NAT-Rizatriptan ODT	Natco	6	22,23	➡	3,7050
02393360	pms-Rizatriptan RDT	Phmscience	6	22,23	➡	3,7050
02442906	Rizatriptan ODT	Sanis	6	22,23	➡	3,7050
02446111	Rizatriptan ODT	Sivem	6	22,23	➡	3,7050
02415798	Rizatriptan RDT	Pro Doc	6	22,23	➡	3,7050
02351870	Sandoz Rizatriptan ODT	Sandoz	6	22,23	➡	3,7050
02396661	Teva-Rizatriptan ODT	Teva Can	6	22,23	➡	3,7050

Co. Diss. Orale ou Co.

10 mg **PPB**

02381702	ACT Rizatriptan	Teva Can	6	22,23	➡	3,7050
			12	44,46	➡	3,7050
02492490	AG-Rizatriptan ODT	Angita	6	22,23	➡	3,7050
02393476	Apo-Rizatriptan	Apotex	6	22,23	➡	3,7050
02380463	Jamp-Rizatriptan	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
			30	111,15	➡	3,7050
02465094	Jamp-Rizatriptan ODT	Jamp	6	22,23	➡	3,7050
02379678	Mar-Rizatriptan	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
			12	44,46	➡	3,7050
02462796	Mar-Rizatriptan ODT	Marcan	6	22,23	➡	3,7050
02240521	Maxalt	Organon	12	171,57		14,2975
02240519	Maxalt RPD	Organon	12	171,57		14,2975
02547716	M-Rizatriptan	Mantra Ph.	6	22,23	➡	3,7050
			12	44,46	➡	3,7050
02548828	M-Rizatriptan ODT	Mantra Ph.	6	22,23	➡	3,7050
02379201	Mylan-Rizatriptan ODT	Mylan	6	22,23	➡	3,7050
02436612	NAT-Rizatriptan ODT	Natco	6	22,23	➡	3,7050
02489384	NRA-Rizatriptan ODT	Nora	6	22,23	➡	3,7050
02393379	pms-Rizatriptan RDT	Phmscience	6	22,23	➡	3,7050
02516756	Rizatriptan	Sanis	12	44,46	➡	3,7050
02442914	Rizatriptan ODT	Sanis	6	22,23	➡	3,7050
02446138	Rizatriptan ODT	Sivem	6	22,23	➡	3,7050
02415801	Rizatriptan RDT	Pro Doc	6	22,23	➡	3,7050
02351889	Sandoz Rizatriptan ODT	Sandoz	6	22,23	➡	3,7050
02396688	Teva-Rizatriptan ODT	Teva Can	6	22,23	➡	3,7050

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE)

Vap. nasal

20 mg

02230420	Imitrex	GSK	2	27,31		13,6550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)

Co.	50 mg PPB				
02268388	<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	6	16,64	➡ 2,7732
02212153	<i>Imitrex DF</i>	GSK	6	83,86	13,9767
02545357	<i>JAMP Sumatriptan</i>	Jamp	6	16,64	➡ 2,7732
02545306	<i>JAMP Sumatriptan DF</i>	Jamp	6	16,64	➡ 2,7732
02268914	<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	6	16,64	➡ 2,7732
02256436	<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	6	16,64	➡ 2,7732
			30	83,20	➡ 2,7732
02324652	<i>Sumatriptan</i>	Pro Doc	6	16,64	➡ 2,7732
02286521	<i>Sumatriptan</i>	Sanis	6	16,64	➡ 2,7732
02546035	<i>Sumatriptan</i>	Sivem	6	16,64	➡ 2,7732
02385570	<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	6	16,64	➡ 2,7732
02286823	<i>Teva-Sumatriptan DF</i>	Teva Can	6	16,64	➡ 2,7732

Co.	100 mg PPB				
02268396	<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	6	18,33	➡ 3,0549
02212161	<i>Imitrex DF</i>	GSK	6	92,38	15,3967
02545365	<i>JAMP Sumatriptan</i>	Jamp	6	18,33	➡ 3,0549
02545314	<i>JAMP Sumatriptan DF</i>	Jamp	6	18,33	➡ 3,0549
02268922	<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	6	18,33	➡ 3,0549
02256444	<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	6	18,33	➡ 3,0549
			30	91,65	➡ 3,0549
02324660	<i>Sumatriptan</i>	Pro Doc	6	18,33	➡ 3,0549
02286548	<i>Sumatriptan</i>	Sanis	6	18,33	➡ 3,0549
02546043	<i>Sumatriptan</i>	Sivem	6	18,33	➡ 3,0549
02385589	<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	6	18,33	➡ 3,0549
02239367	<i>Teva-Sumatriptan</i>	Teva Can	6	18,33	➡ 3,0549
02286831	<i>Teva-Sumatriptan DF</i>	Teva Can	6	18,33	➡ 3,0549
			50	152,75	➡ 3,0549

Sol. Inj. S.C.	6 mg/0,5 mL PPB				
99000598	<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	2	73,24	36,6200
02361698	<i>Taro-Sumatriptan</i>	Taro	2	66,35	➡ 33,1750

Trousse	6 mg/0,5 mL				
02212188	<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	1	81,32	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ZOLMITRIPTAN

Co. Diss. Orale ou Co.

2,5 mg **PPB**

02481030	<i>Auro-Zolmitriptan</i>	AuroPharma	6	10,52	➡	1,7532
			30	52,60	➡	1,7532
02512831	<i>Bio-Zolmitriptan</i>	Biomed	6	10,52	➡	1,7532
02421623	<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	6	10,52	➡	1,7532
02477106	<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	6	10,52	➡	1,7532
02428237	<i>Jamp-Zolmitriptan ODT</i>	Jamp	6	10,52	➡	1,7532
02399458	<i>Mar-Zolmitriptan</i>	Marcan	6	10,52	➡	1,7532
02419521	<i>Mint-Zolmitriptan</i>	Mint	6	10,52	➡	1,7532
02421534	<i>NAT-Zolmitriptan</i>	Natco	6	10,52	➡	1,7532
			100	175,32	➡	1,7532
02489392	<i>NRA-Zolmitriptan</i>	Nora	6	10,52	➡	1,7532
02362988	<i>Sandoz Zolmitriptan</i>	Sandoz	3	5,26	➡	1,7532
			6	10,52	➡	1,7532
02362996	<i>Sandoz Zolmitriptan ODT</i>	Sandoz	2	3,51	➡	1,7532
			6	10,52	➡	1,7532
02313960	<i>Teva Zolmitriptan</i>	Teva Can	6	10,52	➡	1,7532
02342545	<i>Teva Zolmitriptan OD</i>	Teva Can	6	10,52	➡	1,7532
02442655	<i>Zolmitriptan</i>	Sanis	6	10,52	➡	1,7532
02442671	<i>Zolmitriptan ODT</i>	Sanis	6	10,52	➡	1,7532
02238660	<i>Zomig</i>	Xediton	6	83,10		13,8500
02243045	<i>Zomig Rapimelt</i>	Xediton	6	83,10		13,8500

Vap. nasal

5 mg

02248993	<i>Zomig</i>	Xediton	6	83,10		13,8500

28:32.92

AGENTS ANTICÉPHALÉE, DIVERS

PIZOTIFÈNE (MALATE DE)

Co.

1 mg

00511552	<i>Sandomigran DS</i>	Knight	100	62,83		0,6283

28:36

AGENTS ANTIPARKINSONIENS

ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D')

Co.

50 mg

01927744	<i>Parsitan</i>	Search Phm	100	19,53		0,1953

LÉVODOPA/ BENSÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

50 mg -12,5 mg

00522597	<i>Prolopa 50/12.5</i>	Roche	100	27,87		0,2787

Caps.

100 mg -25 mg

00386464	<i>Prolopa 100/25</i>	Roche	100	45,88		0,4588

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE

Co.			50 mg - 12,5 mg - 200 mg		
02305933	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			75 mg - 18,75 mg - 200 mg		
02337827	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			100 mg - 25 mg - 200 mg		
02305941	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			125 mg - 31,25 mg - 200 mg		
02337835	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			150 mg - 37,5 mg - 200 mg		
02305968	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

28:36.04

ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

Caps.			100 mg		
* 01990403	PDP-Amantadine	Pendopharm	100	53,78	0,5378

Sir.			50 mg/5 mL	PPB	
02538601	Odan-Amantadine Sirop	Odan	500 ml	49,40	➡ 0,0988
02022826	PDP-Amantadine	Pendopharm	500 ml	49,40	➡ 0,0988

28:36.08

AGENTS ANTICHOLINERGIQUES

BENZTROPINE (MÉSYLATE DE)

Co.			1 mg		
* 00706531	PDP-Benztropine	Pendopharm	1000	53,50	0,0535

TRIHÉXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			2 mg		
00545058	Trihexyphenidyl	AA Pharma	100	3,76	0,0376

Co.			5 mg		
00545074	Trihex	AA Pharma	100	6,81	0,0681

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

28:36.12

INHIB. CATÉCHOL-O-MÉTHYL-TRANSFÉrase (COMT)

ENTACAPONE

Co.

200 mg **PPB**

02321459	<i>Apo-Entacapone</i>	Apotex	100	40,10	➡	0,4010
02243763	<i>Comtan</i>	Sandoz	100	151,92		1,5192
02535939	<i>Mint-Entacapone</i>	Mint	100	40,10	➡	0,4010
02380005	<i>Sandoz Entacapone</i>	Sandoz	100	40,10	➡	0,4010
02375559	<i>Teva Entacapone</i>	Teva Can	100	40,10	➡	0,4010

28:36.16

PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE

LÉVODOPA/ CARBIDOPA

Co.

100 mg -10 mg **PPB**

02195933	<i>Apo-Levocarb</i>	Apotex	100	10,87	➡	0,1087
02531593	<i>Auro-Levocarb</i>	AuroPharma	100	10,87	➡	0,1087
			500	54,35	➡	0,1087
02546396	<i>JAMP Levocarb</i>	Jamp	100	10,87	➡	0,1087
02457954	<i>Mint-Levocarb</i>	Mint	100	10,87	➡	0,1087
02244494	<i>Novo-Levocarbido</i>	Novopharm	100	10,87	➡	0,1087
02549719	<i>pms-Levodopa-Carbidopa</i>	Phmscience	100	10,87	➡	0,1087

Co.

100 mg -25 mg **PPB**

02551365	<i>AG-Levocarb</i>	Angita	500	81,15	➡	0,1623
02195941	<i>Apo-Levocarb</i>	Apotex	100	16,23	➡	0,1623
			500	81,15	➡	0,1623
02531607	<i>Auro-Levocarb</i>	AuroPharma	100	16,23	➡	0,1623
			500	81,15	➡	0,1623
02546418	<i>JAMP Levocarb</i>	Jamp	100	16,23	➡	0,1623
			500	81,15	➡	0,1623
02457962	<i>Mint-Levocarb</i>	Mint	100	16,23	➡	0,1623
			500	81,15	➡	0,1623
02244495	<i>Novo-Levocarbido</i>	Novopharm	100	16,23	➡	0,1623
			500	81,15	➡	0,1623
02549727	<i>pms-Levodopa-Carbidopa</i>	Phmscience	100	16,23	➡	0,1623
			500	81,15	➡	0,1623

Co. L.A.

100 mg -25 mg

02272873	<i>Levocarb CR</i>	AA Pharma	100	79,74		0,7974

Co. L.A.

200 mg -50 mg

02245211	<i>Levocarb CR</i>	AA Pharma	100	142,82		1,4282

28:36.20

AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

BROMOCRIPTINE (MÉSULATE DE)

Caps.

5 mg

02230454	<i>Bromocriptine</i>	AA Pharma	100	152,51		1,5251

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			2,5 mg		
02087324	<i>Bromocriptine</i>	AA Pharma	100	101,88	1,0188

**PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) **

Co.			0,25 mg PPB		
02297302	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	19,50	➡ 0,1950
02292378	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	19,50	➡ 0,1950
02424061	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	19,50	➡ 0,1950
			500	97,50	➡ 0,1950
02237145	<i>Mirapex</i>	Bo. Ing.	100	105,13	1,0513
02325802	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	19,50	➡ 0,1950
02367602	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	19,50	➡ 0,1950
02309122	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	19,50	➡ 0,1950
02315262	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	19,50	➡ 0,1950

Co.			0,5 mg PPB		
02297310	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	40,18	➡ 0,4018
02292386	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	40,18	➡ 0,4018
02424088	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	40,18	➡ 0,4018
			500	200,90	➡ 0,4018
02325810	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	40,18	➡ 0,4018
02367610	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	40,18	➡ 0,4018
02309130	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	40,18	➡ 0,4018
02315270	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	40,18	➡ 0,4018

Co.			1 mg PPB		
02297329	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	39,01	➡ 0,3901
02292394	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	39,01	➡ 0,3901
02424096	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	39,01	➡ 0,3901
			500	195,05	➡ 0,3901
02325829	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	39,01	➡ 0,3901
02367629	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	39,01	➡ 0,3901
02309149	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	39,01	➡ 0,3901
02315289	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	39,01	➡ 0,3901

Co.			1,5 mg PPB		
02297337	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	39,01	➡ 0,3901
02292408	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	39,01	➡ 0,3901
02424118	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	39,01	➡ 0,3901
			500	195,05	➡ 0,3901
02325837	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	39,01	➡ 0,3901
02367645	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	39,01	➡ 0,3901
02309157	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	39,01	➡ 0,3901
02315297	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	39,01	➡ 0,3901

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				0,25 mg	PPB	
02314037	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	14,41	➡	0,1441
02316846	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	14,41	➡	0,1441

Co.				1 mg	PPB	
02314053	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	57,62	➡	0,5762
02316854	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	57,62	➡	0,5762

Co.				2 mg	PPB	
02314061	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	63,38	➡	0,6338
02316862	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	63,38	➡	0,6338

Co.				5 mg	PPB	
02314088	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	85,96	➡	0,8596
02316870	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	85,96	➡	0,8596

28:36.32

INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE B

SAFINAMIDE (MÉSULATE DE)

Co.				50 mg		
02484641	<i>Onstryv</i>	Valeo	30	207,00		6,9000

Co.				100 mg		
02484668	<i>Onstryv</i>	Valeo	30	207,00		6,9000

SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				5 mg		
02230641	<i>Selegiline</i>	AA Pharma	100	170,72		1,7072

28:92

AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, DIVERS

BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE)

Co.				16 mg	PPB	
02449153	<i>Auro-Betahistine</i>	AuroPharma	100	11,06	➡	0,1106
02466449	<i>Betahistine</i>	Sanis	100	11,06	➡	0,1106
02519690	<i>M-Bétahistine</i>	Mantra Ph.	100	11,06	➡	0,1106
02538148	<i>Mint-Betahistine</i>	Mint	100	11,06	➡	0,1106
02544938	<i>NRA-Betahistine</i>	Nora	30	3,32	➡	0,1106
			100	11,06	➡	0,1106
02330210	<i>pms-Betahistine</i>	Phmscience	100	11,06	➡	0,1106
02243878	<i>Serc</i>	BGP Pharma	100	45,99		0,4599
* 02280191	<i>Teva-Betahistine</i>	Teva Can	100	11,06		R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

24 mg **PPB**

02449161	<i>Auro-Betahistine</i>	AuroPharma	100	16,59	➡	0,1659
02466457	<i>Betahistine</i>	Sanis	100	16,59	➡	0,1659
02519704	<i>M-Bétahistine</i>	Mantra Ph.	100	16,59	➡	0,1659
02538156	<i>Mint-Betahistine</i>	Mint	100	16,59	➡	0,1659
02544946	<i>NRA-Betahistine</i>	Nora	30	4,98	➡	0,1659
			100	16,59	➡	0,1659
02330237	<i>pms-Betahistine</i>	Phmscience	100	16,59	➡	0,1659
02247998	<i>Serc</i>	BGP Pharma	100	68,97		0,6897
* 02280205	<i>Teva-Betahistine</i>	Teva Can	100	16,59		R

TETRABENAZINE

Co.

25 mg **PPB**

02407590	<i>Apo-Tetrabenazine</i>	Apotex	100	166,69	➡	1,6669
02410338	<i>Comprimés de tétrabénazine</i>	Sterimax	112	186,69	➡	1,6669
02199270	<i>Nitoman</i>	Bausch H.	112	699,92		6,2493
02402424	<i>pms-Tetrabenazine</i>	Phmscience	100	166,69	➡	1,6669

36:00
AGENTS DIAGNOSTIQUE

36:26 diabète sucré
36:88 contenu des urines et des selles
36:88.12 cétones
36:88.40 sucre

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

36:00

AGENTS DIAGNOSTIQUE

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG POUR TEST PAR LE PHARMACIEN

Bandelette

12

99114132	<i>CoaguChek PT Test</i>	Roche Diag	48	297,60	6,2000
99101324	<i>CoaguChek XS PT Test</i>	Roche Diag	6	37,20	6,2000
			24	148,80	6,2000
			48	297,60	6,2000
99113493	<i>CoaguChek XS PT Test PST</i>	Roche Diag	6	37,20	6,2000
			24	148,80	6,2000

36:26

DIABÈTE SUCRÉ

RÉACTIF QUANTITATIF DES CÉTONES DANS LE SANG

Bandelette

99100929	<i>FreeStyle Precision (Cétone)</i>	Abbott	10	19,50	

- 12 Une bandelette est remboursable pour mesurer le rapport international normalisé (RIN) chez les personnes pour qui un pharmacien qui pratique en milieu communautaire prend en charge l'ajustement de la dose d'un antagoniste de la vitamine K pour l'atteinte de cibles thérapeutiques. De plus, un maximum d'une bandelette par jour est remboursable par personne.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG ³¹

Bandelette

99002884	<i>Accu-Chek Advantage</i>	Roche SD	50	40,80	
			100	71,25	
99100214	<i>Accu-Chek Aviva</i>	Roche SD	50	40,80	
			100	71,25	
99004364	<i>Accu-Chek Compact</i>	Roche SD	51	41,62	
			102	72,68	
99101387	<i>Accu-Chek Guide</i>	Roche SD	50	34,07	
			100	68,13	
99100791	<i>Accu-Chek Mobile</i>	Roche SD	100	71,25	
99101011	<i>Bravo</i>	DEXmedical	100	39,99	
99101275	<i>CareSens N</i>	I-Sens	100	50,00	
99100096	<i>Contour</i>	Ascensia	50	40,81	
			100	69,89	
99100849	<i>Contour NEXT</i>	Ascensia	100	69,89	
99101233	<i>Fora Test N'GO</i>	TaiDoc	50	25,00	
99100478	<i>FreeStyle Lite</i>	Ab Diabete	50	37,00	
			100	69,00	
99100928	<i>FreeStyle Precision</i>	Abbott	100	68,90	
99101090	<i>GE200</i>	Bionime	100	51,00	
99101184	<i>Medi+Sure</i>	Medisure	50	34,00	
			100	68,00	
99114045	<i>MediSure Empower</i>	Medisure	50	34,00	
			100	68,00	
99100787	<i>OneTouch Verio</i>	Lifescan	100	69,43	
99113794	<i>Rapid Response Gluco-MD</i>	BTNX	50	34,50	
99101313	<i>Spirit Blood Glucose Test Strips</i>	Ara Pharm	100	50,00	
99101186	<i>SureTest</i>	Skymed	50	25,00	
99100413	<i>TrueTrack</i>	Nipro Diag	50	22,78	
			100	39,57	
99004240	<i>Ultra</i>	Lifescan	50	39,75	
			100	69,43	

36:88

CONTENU DES URINES ET DES SELLES

RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DE L'ACÉTONE ET DU GLUCOSE

Bandelette

00035149	<i>Keto-Diastix</i>	Ascensia	100	13,03	

36:88.12

CÉTONES

RÉACTIF QUALITATIF DE L'ACÉTONE

Bandelette

00035092	<i>Ketostix</i>	Ascensia	50	6,06	

³¹ Pour connaître le nombre maximal de bandelettes couvert par le régime général d'assurance médicaments selon la situation de la personne, veuillez consulter le point 9 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

36:88.40

SUCRE

RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DU GLUCOSE

Bandelette

00035130	<i>Diastix</i>	Ascensia	50	5,44	

40:00

ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE

40:08	agents alcalinisants
40:12	préparations de remplacement
40:18	agents d'élimination d'ions
40:18.18	agents d'élimination du potassium
40:20	agents caloriques
40:28	diurétiques
40:28.08	diurétiques de l'anse
40:28.16	diurétiques d'épargne potassique
40:28.20	diurétiques thiazidiques
40:28.24	diurétiques de type thiazidique
40:28.92	diurétiques, divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

40:08

AGENTS ALCALINISANTS

ACIDE CITRIQUE/ CITRATE DE SODIUM

Sol. Orale		334 mg -500 mg/5 mL			
00721344	<i>Dicitrate</i>	Pendopharm	500 ml	22,33	0,0447

BICARBONATE DE SODIUM

Co.		500 mg PPB			
80030520	<i>Jamp-Sodium Bicarbonate</i>	Jamp	500	34,20	➡ 0,0684
80123328	<i>M-Sodium Bicarbonate</i>	Mantra Ph.	500	34,20	➡ 0,0684
80022194	<i>Sandoz Sodium Bicarbonate</i>	Sandoz	500	34,20	➡ 0,0684

40:12

PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT

CALCIUM (CARBONATE DE)

Co.		500 mg PPB			
80103904	<i>AG-Calcium 500 mg</i>	Angita	500	10,80	➡ 0,0216
80076097	<i>Alta-Cal</i>	Altamed	500	10,80	➡ 0,0216
80066648	<i>Bio-Calcium</i>	Biomed	500	10,80	➡ 0,0216
80003773	<i>Calcium 500</i>	Trianon	100	2,16	➡ 0,0216
			500	10,80	➡ 0,0216
80067139	<i>Calcium Tablet</i>	Cellchem	60	1,30	➡ 0,0216
80124033	<i>i-Cal 500</i>	InfoPharma	500	10,80	➡ 0,0216
02246040	<i>Jamp-Calcium</i>	Jamp	500	10,80	➡ 0,0216
			1000	21,60	➡ 0,0216
80055526	<i>MCal 500 mg</i>	Mantra Ph.	500	10,80	➡ 0,0216
80120791	<i>Nora Calcium</i>	Nora	500	10,80	➡ 0,0216
80001408	<i>Novo-Calcium</i>	Novopharm	500	10,80	➡ 0,0216
00618098	<i>Nu-Cal</i>	Odan	100	2,16	➡ 0,0216
			500	10,80	➡ 0,0216
80039952	<i>Opus Cal 500</i>	Opus	500	10,80	➡ 0,0216
80001122	<i>Pharma-Cal 500 mg</i>	Pendopharm	500	10,80	➡ 0,0216
			1000	21,60	➡ 0,0216
80079608	<i>Pro-Cal-500</i>	Pro Doc	500	10,80	➡ 0,0216

CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D

Co.		500 mg - 125 UI et 200 UI PPB			
80004143	<i>Biocal-D</i>	Biomed	500	14,45	➡ 0,0289
80017196	<i>Cal-500-D</i>	Pro Doc	500	14,45	➡ 0,0289
80004966	<i>Calcite D 500</i>	Riva	100	2,89	➡ 0,0289
80004968	<i>Calcium D 500</i>	Trianon	100	2,89	➡ 0,0289
			500	14,45	➡ 0,0289
02246041	<i>JAMP Calcium Carbonate D 125</i>	Jamp	100	2,89	➡ 0,0289
			500	14,45	➡ 0,0289
80007304	<i>O-Calcium 500 mg avec Vitamine D</i>	Novopharm	100	2,89	➡ 0,0289
			500	14,45	➡ 0,0289
80067149	<i>Osteo Tablet</i>	Cellchem	60	1,73	➡ 0,0289

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Croq.

500 mg - 800 UI

80058042	<i>Calcia Plus</i>	Medexus	60	7,20	0,1200

Co. ou Caps.

500 mg - 800 UI

PPB

80105524	<i>AG-Calcium D 800</i>	Angita	60	7,20	➡	0,1200
80015972	<i>Calcite 500 + D 800</i>	Riva	30	3,60	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80083458	<i>Calcium 500 Vitamine D800</i>	Altamed	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80015847	<i>JAMP Calcium Carbonate D 800</i>	Jamp	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80024378	<i>LiquiCal-D</i>	Mayaka	100	12,00	➡	0,1200
80028413	<i>Liqui-Jamp Plus</i>	Jamp	120	14,40	➡	0,1200
80019533	<i>MCal D800</i>	Mantra Ph.	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80079933	<i>Vitamin D + Calcium</i>	Cellchem	60	7,20	➡	0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. ou Co. Croq. ou Caps.

500 mg - 400 UI et 500 UI **PPB**

80103511	AG-Calcium Carbonate + Vitamin D 500 mg + 400 UI	Angita	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80101376	AG-Calcium D 400 Croq.	Angita	60	7,20	➡	0,1200
80101377	AG-Calcium D 400 foncé	Angita	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80066647	Bio-Calcium-D	Biomed	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80012594	Biocal-D Forte	Biomed	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80090977	Bio-Cal-D3	Biomed	500	60,00	➡	0,1200
80088060	Bio-Cal-D3 Forte	Biomed	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80000159	Calcia 400	Medexus	60	7,20	➡	0,1200
80004963	Calcite 500 + D 400	Riva	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80004969	Calcium 500 + D 400	Trianon	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80083997	Calcium 500 + Vitamine D400	Altamed	60	7,20	➡	0,1200
80066082	Calcium 500 Vitamine D400	Altamed	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80066089	Calcium 500 Vitamine D400 UI	Altamed	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
02245511	Carbocal D 400 (Co.)	Sandoz	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80131668	Dac Calcium 500 mg + Vitamine D400 UI	Dac Pharma	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80124031	i-Cal D400	InfoPharma	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80025360	JAMP Calcium Carbonate D 400 Bleu foncé	Jamp	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80002122	JAMP Calcium Carbonate D 400 Bleu pâle	Jamp	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80002623	JAMP Calcium Carbonate D 400 Croquable	Jamp	60	7,20	➡	0,1200
			300	36,00	➡	0,1200
80025065	JAMP Calcium Carbonate D 400 Rose	Jamp	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80012435	Jamp-Calcium + Vitamine D 500 UI	Jamp	500	60,00	➡	0,1200
80000408	LiquiCal D 400	Mayaka	100	12,00	➡	0,1200
80021961	Liqui-Jamp	Jamp	100	12,00	➡	0,1200
			120	14,40	➡	0,1200
80013329	MCal D400	Mantra Ph.	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80009412	MCal D400 à croquer	Mantra Ph.	60	7,20	➡	0,1200
80120783	Nora Cal-D 400 (bleu foncé)	Nora	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80120785	Nora CAL-D 400 (bleu pâle)	Nora	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80020974	Opus Cal D-400	Opus	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80040634	Opus Cal D-400 Bleu Foncé	Opus	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200
80059293	Pharma-Cal D 400 UI Foncé	Phmscience	60	7,20	➡	0,1200
			500	60,00	➡	0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
80008566	<i>Pro-Cal-D 400</i>	Pro Doc	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80065914	<i>Riva-Cal D400</i>	Riva	60	7,20	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200

Co. ou Co. Croq. ou Caps.

500 mg - 1 000 UI **PPB**

80105522	<i>AG-Calcium D 1000 Croq.</i>	Angita	60	7,20	➡ 0,1200
80101375	<i>AG-Calcium D 1000 Jaune</i>	Angita	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80027407	<i>Bio-CAL-D3 +</i>	Biomed	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80025501	<i>Calcite 500 + D 1000</i>	Riva	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80066093	<i>Calcium 500 Vitamine D1000</i>	Altamed	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80027625	<i>Carbocal D 1000</i>	Sandoz	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80018540	<i>JAMP Calcium Carbonate D 1000</i>	Jamp	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80027787	<i>JAMP Calcium Carbonate D 1000 Croquable</i>	Jamp	60	7,20	➡ 0,1200
80025051	<i>LiquiCal-D</i>	Mayaka	100	12,00	➡ 0,1200
80028899	<i>Liqui-Jamp Fort</i>	Jamp	120	14,40	➡ 0,1200
80019536	<i>MCal D1000</i>	Mantra Ph.	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80050701	<i>MCal D1000 à croquer</i>	Mantra Ph.	60	7,20	➡ 0,1200
80120728	<i>Nora CAL-D 1000</i>	Nora	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80039162	<i>Opus Cal D-1000</i>	Opus	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200
80072757	<i>Riva-Cal D1000</i>	Riva	30	3,60	➡ 0,1200
			500	60,00	➡ 0,1200

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Co.

250 mg - 200 U.I.

80015811	<i>Jamp-Calcium Citrate et Vitamine D 200 UI</i>	Jamp	120	7,20	0,0600
			360	21,60	0,0600

Co.

250 mg - 500 UI

80025304	<i>Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 500 UI</i>	Jamp	60	3,60	0,0600
			360	21,60	0,0600

Co. Croq.

500 mg - 400 UI **PPB**

80101373	<i>AG-Calcium Cit.D 400 Croq.</i>	Angita	60	7,20	➡ 0,1200
80000281	<i>Ci-Cal D 400</i>	Sandoz	60	7,20	➡ 0,1200
80003262	<i>JAMP Calcium Citrate D 400 Croquable</i>	Jamp	60	7,20	➡ 0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.			500 mg - 1 000 UI		
80029083	<i>Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 1000 UI</i>	Jamp	60	7,20	0,1200

ELECTROLYTES DE REMPLACEMENT/ DEXTROSE

Pd. Orale			5,1 g / sac. PPB		
80027403	<i>Jamp Rehydralyte</i>	Jamp	10	16,58 ➡	1,6575
80142195	<i>Opus-HydraElectrolyte</i>	Opus	10	16,58 ➡	1,6575

MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)

Sol. Orale			500 mg/5 mL (Mg-25 mg/5 mL) PPB		
80009357	<i>Jamp-Magnesium</i>	Jamp	500 ml	9,95 ➡	0,0199
			2000 ml	39,80 ➡	0,0199
80004109	<i>Magnesium-Odan</i>	Odan	500 ml	9,95 ➡	0,0199
			2000 ml	39,80 ➡	0,0199
80072191	<i>M-Magnesium</i>	Mantra Ph.	500 ml	9,95 ➡	0,0199
00026697	<i>Rougier Magnésium</i>	Teva Can	500 ml	9,95 ➡	0,0199
			2000 ml	39,80 ➡	0,0199
99100788	<i>Rougier Magnesium sans sucre</i>	Teva Can	500 ml	9,95 ➡	0,0199
			2000 ml	39,80 ➡	0,0199

MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE)

Co.			500 mg (Mg - 28 mg à 30 mg) PPB		
80107417	<i>AG-Magnesium Gluconate</i>	Angita	100	10,88 ➡	0,1088
80089349	<i>Bio-Magnesium</i>	Biomed	100	10,88 ➡	0,1088
80009539	<i>Jamp-Magnesium</i>	Jamp	100	10,88 ➡	0,1088
00555126	<i>Maglucate</i>	Pendopharm	100	10,88 ➡	0,1088
80062929	<i>M-Magnesium Gluconate 500 mg</i>	Mantra Ph.	100	10,88 ➡	0,1088
80115982	<i>Opus Gluconate de Magnésium</i>	Opus	100	10,88 ➡	0,1088

PHOSPHATE ACIDE DE SODIUM/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ POTASSIUM (BICARBONATE DE)

Co. Eff.			500 mg en P - 469 mg - 123 mg PPB		
80047562	<i>Jamp-Sodium Phosphate</i>	Jamp	20	8,24 ➡	0,4120
80112397	<i>M-Sodium Phosphate</i>	Mantra Ph.	20	8,24 ➡	0,4120

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

POTASSIUM (CHLORURE DE)

Caps. LA ou Co. LA

8 mmol (en K+) **PPB**

* 80106826	<i>AG-K8</i>	Angita	500	20,00		R
* 80084446	<i>Alta-K8</i>	Altamed	500	20,00		R
			1000	40,00		R
00602884	<i>Apo-K</i>	Apotex	1000	74,86		0,0749
80013005	<i>Jamp-K 8</i>	Jamp	100	4,00	➡	0,0400
			500	20,00	➡	0,0400
02042304	<i>Micro-K</i>	Paladin	100	7,92		0,0792
80035346	<i>M-K8 L.A.</i>	Mantra Ph.	100	4,00	➡	0,0400
			500	20,00	➡	0,0400
80044745	<i>Opus K-8</i>	Opus	1000	40,00	➡	0,0400
80108882	<i>PRZ K8</i>	Pharmaris	100	4,00	➡	0,0400
			500	20,00	➡	0,0400

Co. L.A.

20 mmol (en K+) **PPB**

80106713	<i>AG-K20</i>	Angita	500	58,05	➡	0,1161
80026265	<i>Bio-POTASSIUM K20</i>	Biomed	100	11,61	➡	0,1161
			500	58,05	➡	0,1161
02242261	<i>Euro-K 20</i>	Sandoz	100	11,61	➡	0,1161
			500	58,05	➡	0,1161
80013007	<i>Jamp-K 20</i>	Jamp	100	11,61	➡	0,1161
			500	58,05	➡	0,1161
80040412	<i>K-20 Potassium</i>	Altamed	500	58,05	➡	0,1161
80025624	<i>M-K20 L.A.</i>	Mantra Ph.	100	11,61	➡	0,1161
			500	58,05	➡	0,1161
80071412	<i>M-K20 Soluble</i>	Mantra Ph.	100	19,95		0,1995
			500	99,75		0,1995
80004415	<i>Odan K-20</i>	Odan	100	11,61	➡	0,1161
			500	58,05	➡	0,1161
80028233	<i>Opus K-20</i>	Opus	500	58,05	➡	0,1161
80107649	<i>PRZ K20</i>	Pharmaris	100	11,61	➡	0,1161
02243975	<i>Riva-K 20 SR</i>	Riva	100	11,61	➡	0,1161
			500	58,05	➡	0,1161

Sol. Orale

6,65 mmol/5 mL (en K+)

02238604	<i>pms-Potassium Chloride</i>	Phmscience	500 ml	5,10		0,0102

POTASSIUM (CITRATE DE)

Co. Eff.

25 mmol (en K+) **PPB**

80033602	<i>Jamp-K Effervescent</i>	Jamp	30	14,28	➡	0,4760
02085992	<i>K-Lyte</i>	WellSpring	30	14,28	➡	0,4760

Co. L.A.

10 mmol (en K+) **PPB**

80023817	<i>Jamp-K-Citrate</i>	Jamp	100	15,45	➡	0,1545
02243768	<i>K-Citra</i>	Seaford	100	15,45	➡	0,1545
80109304	<i>PRZ K-Citrate</i>	Pharmaris	100	15,45	➡	0,1545

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale			10 mmol/5 mL (en K ⁺)		
80011529	<i>K-Citra 10 Solution</i>	Seaford	450 ml	19,97	0,0444

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. Inj. I.V.

			234 mg/mL ¹¹		
99100498			30 ml		

Sol. pour Inh.

			70 mg/mL (4 mL)		
80029758	<i>Nebusal 7 %</i>	Sterimax	60	53,00	0,8833

40:18.18

AGENTS D'ÉLIMINATION DU POTASSIUM

POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)

Pd. Orale

Pouvoir liant: 1,6 mmol de k/g **PPB**

02502631	<i>Jamp Calcium Polystyrene Sulfonate</i>	Jamp	300 g	➡	71,94	
02017741	<i>Resonium Calcium</i>	SanofiAven	300 g	➡	71,94	

POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE)

Pd. Orale

Pouvoir liant: 1 mmol de k/g **PPB**

02497557	<i>Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate</i>	Jamp	454 g	➡	29,42	
02026961	<i>Kayexalate</i>	SanofiAven	454 g	➡	29,42	
02473941	<i>Odan-Sodium polystyrene sulfonate</i>	Odan	454 g	➡	29,42	
00755338	<i>Solystat</i>	Pendopharm	454 g	➡	29,42	

Susp. Orale

Pouvoir liant: 1 mmol de k/4mL **PPB**

02473968	<i>Odan-Sodium polystyrene sulfonate</i>	Odan	500 ml	➡	52,19	0,1044
00769541	<i>Solystat</i>	Pendopharm	500 ml	➡	52,19	0,1044

40:20

AGENTS CALORIQUES

LÉVOCARNITINE

Co.

			330 mg		
* 02144328	<i>Carnitor</i>	Leadiant	90	347,50	3,8611

Sol. Inj. I.V.

			1 g/5 mL		
* 02144344	<i>Carnitor</i>	Leadiant	5 ml	89,70	

¹¹ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Orale

100 mg/mL **PPB**

02144336	<i>Carnitor</i>	Leadiant	118 ml	44,95 ➡	0,3809
02492105	<i>Odan Levocarnitine</i>	Odan	118 ml	44,95 ➡	0,3809

40:28.08

DIURÉTIQUES DE L'ANSE

ÉTHACRYNIQUE (ACIDE) 

Co.

25 mg

02258528	<i>Edecrin</i>	Bausch H.	100	30,96	0,3096

FUROSÉMIDE 

Co.

20 mg **PPB**

00396788	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	1000	20,90 ➡	0,0209
02351420	<i>Furosemide</i>	Sanis	1000	20,90 ➡	0,0209
02466759	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	1000	20,90 ➡	0,0209
00496723	<i>Pro-Furosemide</i>	Pro Doc	1000	20,90 ➡	0,0209
00337730	<i>Teva-Furosemide</i>	Teva Can	100	2,09 ➡	0,0209
			1000	20,90 ➡	0,0209

Co.

40 mg **PPB**

00362166	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	1000	32,18 ➡	0,0322
02351439	<i>Furosemide</i>	Sanis	1000	32,18 ➡	0,0322
02466767	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	1000	32,18 ➡	0,0322
02247494	<i>pms-Furosémide</i>	Phmscience	500	16,09 ➡	0,0322
00397792	<i>Pro-Furosemide</i>	Pro Doc	1000	32,18 ➡	0,0322
00337749	<i>Teva-Furosemide</i>	Teva Can	100	3,22 ➡	0,0322
			1000	32,18 ➡	0,0322

Co.

80 mg **PPB**

00707570	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	100	6,54 ➡	0,0654
02351447	<i>Furosemide</i>	Sanis	100	6,54 ➡	0,0654
02466775	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	100	6,54 ➡	0,0654
00667080	<i>Pro-Furosemide</i>	Pro Doc	100	6,54 ➡	0,0654
			500	32,70 ➡	0,0654
00765953	<i>Teva-Furosemide</i>	Teva Can	100	6,54 ➡	0,0654

Co.

500 mg

02224755	<i>Lasix Spécial</i>	SanofiAven	20	52,47	2,6235

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj.

10 mg/mL **PPB**

00527033	<i>Furosémide</i>	Sandoz	4 ml	➡	2,42
02527502	<i>Furosémide pour injection</i>	Jamp	2 ml	➡	1,21
			4 ml	➡	2,42
02384094	<i>Furosémide pour injection USP</i>	Hikma	2 ml		1,30
02382539	<i>Furosémide SDZ</i>	Sandoz	2 ml	➡	1,21
			4 ml	➡	2,42
02480530	<i>Injection de furosémide USP</i>	Marcan	2 ml	➡	1,21
			4 ml	➡	2,42

Sol. Orale

10 mg/mL

02224720	<i>Lasix</i>	SanofiAven	120 ml	36,99	0,3083

40:28.16

DIURÉTIQUES D'ÉPARGNE POTASSIQUE

AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')

Co.

5 mg

02249510	<i>Midamor</i>	AA Pharma	100	31,37	0,3137

40:28.20

DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES

HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

12,5 mg **PPB**

02327856	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	500	3,95	➡	0,0079
02425947	<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	500	3,95	➡	0,0079

Co.

25 mg **PPB**

00326844	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	100	1,57	➡	0,0157
			1000	15,65	➡	0,0157
02486962	<i>Hydrochlorothiazide</i>	Pro Doc	1000	15,65	➡	0,0157
02360594	<i>Hydrochlorothiazide</i>	Sanis	100	1,57	➡	0,0157
			1000	15,65	➡	0,0157
02426196	<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	1000	15,65	➡	0,0157
02247386	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	500	7,83	➡	0,0157
			1000	15,65	➡	0,0157
00021474	<i>Teva-Hydrochlorothiazide</i>	Teva Can	100	1,57	➡	0,0157
			1000	15,65	➡	0,0157

Co.

50 mg **PPB**

00312800	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	100	2,17	➡	0,0217
			1000	21,68	➡	0,0217
02360608	<i>Hydrochlorothiazide</i>	Sanis	100	2,17	➡	0,0217
			1000	21,68	➡	0,0217
02247387	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	100	2,17	➡	0,0217
00021482	<i>Teva-Hydrochlorothiazide</i>	Teva Can	100	2,17	➡	0,0217

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

20 mg -12,5 mg **PPB**

02468948	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02453606	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➡	0,3019
02476487	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	9,06	➡	0,3019
			100	30,19	➡	0,3019
02475707	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02508273	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02509601	<i>Olmesartan HCTZ</i>	Sanis	90	27,17	➡	0,3019
02319616	<i>Olmetec Plus</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02526468	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	➡	0,3019

Co.

40 mg - 12,5 mg **PPB**

02468956	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
* 02443120	<i>Act Olmesartan HCT</i>	Teva Can	30	9,06		R
02453614	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➡	0,3019
02476495	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	9,06	➡	0,3019
			100	30,19	➡	0,3019
02475715	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02508281	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02509636	<i>Olmesartan HCTZ</i>	Sanis	90	27,17	➡	0,3019
02319624	<i>Olmetec Plus</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02526476	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	➡	0,3019

Co.

40 mg - 25 mg **PPB**

02468964	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
* 02443139	<i>Act Olmesartan HCT</i>	Teva Can	30	9,06		R
02453622	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➡	0,3019
02476509	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	AuroPharma	30	9,06	➡	0,3019
			100	30,19	➡	0,3019
02475723	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02508303	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➡	0,3019
			90	27,17	➡	0,3019
02509628	<i>Olmesartan HCTZ</i>	Sanis	90	27,17	➡	0,3019
02319632	<i>Olmetec Plus</i>	Organon	30	30,49		1,0163
02526484	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	➡	0,3019

40:28.24

DIURÉTIQUES DE TYPE THIAZIDIQUE

CHLORTHALIDONE

Co.

12,5 mg

02523795	<i>Jamp Chlorthalidone</i>	Jamp	100	11,21		0,1121

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				25 mg	
02523809	Jamp Chlorthalidone	Jamp	100	11,80	0,1180

Co.				50 mg	PPB
00360279	Chlorthalidone	Apotex	100	12,42	➡ 0,1242
02523817	Jamp Chlorthalidone	Jamp	100	12,42	➡ 0,1242

INDAPAMIDE

Co.				1,25 mg	PPB
02245246	Apo-Indapamide	Apotex	100	7,45	➡ 0,0745
02240067	Mylan-Indapamide	Mylan	100	7,45	➡ 0,0745

Co.				2,5 mg	PPB
02223678	Apo-Indapamide	Apotex	100	11,82	➡ 0,1182
02153483	Mylan-Indapamide	Mylan	100	11,82	➡ 0,1182

METOLAZONE

Co.				2,5 mg	
00888400	Zaroxolyn	SanofiAven	100	16,14	0,1614

40:28.92

DIURÉTIQUES, DIVERS

AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.				5 mg -50 mg	
00784400	Amilzide	AA Pharma	1000	83,78	0,0838

SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.				25 mg -25 mg	
00613231	Teva-Spironolactone/HCTZ	Teva Can	100	8,58	0,0858

Co.				50 mg -50 mg	
00657182	Teva-Spironolactone/HCTZ	Teva Can	100	22,36	0,2236

TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.				50 mg -25 mg	PPB
00441775	Apo-Triazide	Apotex	100	6,08	➡ 0,0608
			1000	60,80	➡ 0,0608
00532657	Teva-Triamzide	Teva Can	100	6,08	➡ 0,0608
			1000	60,80	➡ 0,0608

48:00

AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES

48:10 **agents anti-inflammatoires**

48:10.24 antagonistes des récepteurs aux
leucotriènes

48:24 **agents mucolytiques**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

48:10.24

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS AUX LEUCOTRIÈNES

MONTÉLUKAST SODIQUE

Co.

10 mg **PPB**

02482835	<i>AG-Montelukast</i>	Angita	30	12,69	➡	0,4231
02374609	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	12,69	➡	0,4231
			90	38,08	➡	0,4231
02401274	<i>Auro-Montelukast</i>	AuroPharma	30	12,69	➡	0,4231
			90	38,08	➡	0,4231
02445735	<i>Bio-Montelukast</i>	Biomed	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02391422	<i>Jamp-Montelukast</i>	Jamp	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02399997	<i>Mar-Montelukast</i>	Marcan	30	12,69	➡	0,4231
02408643	<i>Mint-Montelukast</i>	Mint	100	42,31	➡	0,4231
02488183	<i>M-Montelukast</i>	Mantra Ph.	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02379856	<i>Montelukast</i>	Pro Doc	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02379333	<i>Montelukast</i>	Sanis	100	42,31	➡	0,4231
02382474	<i>Montelukast</i>	Sivem	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02379236	<i>Montélukast sodique</i>	Accord	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02522136	<i>NAT-Montelukast</i>	Natco	30	12,69	➡	0,4231
02489821	<i>NRA-Montelukast</i>	Nora	30	12,69	➡	0,4231
02373947	<i>pms-Montelukast FC</i>	Phmscience	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02398826	<i>Riva-Montelukast FC</i>	Riva	30	12,69	➡	0,4231
02328593	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	100	42,31	➡	0,4231
02238217	<i>Singulair</i>	Organon	30	68,23		2,2743
02389517	<i>Taro-Montelukast</i>	Sun Pharma	30	12,69	➡	0,4231
			100	42,31	➡	0,4231
02355523	<i>Teva Montelukast</i>	Teva Can	30	12,69	➡	0,4231

Co. Croq.

4 mg **PPB**

02377608	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	8,27	➡	0,2758
02514877	<i>Jamp Montelukast</i>	Jamp	30	8,27	➡	0,2758
	<i>Chewable Tablets</i>					
02399865	<i>Mar-Montelukast</i>	Marcan	30	8,27	➡	0,2758
02408627	<i>Mint-Montelukast</i>	Mint	30	8,27	➡	0,2758
02379821	<i>Montelukast</i>	Pro Doc	30	8,27	➡	0,2758
			100	27,58	➡	0,2758
02382458	<i>Montelukast</i>	Sivem	30	8,27	➡	0,2758
			100	27,58	➡	0,2758
02522101	<i>NAT-Montelukast</i>	Natco	30	8,27	➡	0,2758
02354977	<i>pms-Montelukast</i>	Phmscience	30	8,27	➡	0,2758
			100	27,58	➡	0,2758
02330385	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	100	27,58	➡	0,2758
02243602	<i>Singulair</i>	Organon	30	42,00		1,4000
02355507	<i>Teva Montelukast</i>	Teva Can	30	8,27	➡	0,2758

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Croq.

5 mg **PPB**

02377616	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	9,25	➡	0,3082
02514885	<i>Jamp Montelukast Chewable Tablets</i>	Jamp	30	9,25	➡	0,3082
02399873	<i>Mar-Montelukast</i>	Marcan	30	9,25	➡	0,3082
02408635	<i>Mint-Montelukast</i>	Mint	30	9,25	➡	0,3082
02379848	<i>Montelukast</i>	Pro Doc	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02379325	<i>Montelukast</i>	Sanis	100	30,82	➡	0,3082
02382466	<i>Montelukast</i>	Sivem	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02522128	<i>NAT-Montelukast</i>	Natco	30	9,25	➡	0,3082
02354985	<i>pms-Montelukast</i>	Phmscience	30	9,25	➡	0,3082
			100	30,82	➡	0,3082
02330393	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	100	30,82	➡	0,3082
02238216	<i>Singulair</i>	Organon	30	46,36		1,5453
02355515	<i>Teva Montelukast</i>	Teva Can	30	9,25	➡	0,3082

Gran.

4 mg/sachet **PPB**

02358611	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	30	35,70	➡	1,1900
02247997	<i>Singulair</i>	Organon	30	42,00		1,4000

48:24

AGENTS MUCOLYTIQUES

ACÉTYLCYSTÉINE

Sol.

200 mg/mL **PPB**

02459906	<i>Solution d'acétylcystéine</i>	Hikma	10 ml	➡	7,00	
			30 ml	➡	21,00	
02243098	<i>Solution d'acétylcystéine</i>	Sandoz	10 ml	➡	7,00	
			30 ml	➡	21,00	

52:00

PRÉPARATIONS YEUX, OREILLES, NEZ ET GORGE

52:02	agents antiallergiques
52:04	anti-infectieux
52:04.04	antibactériens
52:08	agents anti-inflammatoires
52:08.08	corticostéroïdes
52:16	anesthésiques locaux
52:24	mydriatiques
52:40	agents antiglaucomes
52:40.04	agonistes alpha-adrénergiques
52:40.08	bêta-bloquants
52:40.12	inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
52:40.20	miotiques
52:40.28	analogues de prostaglandine
52:40.92	agents antiglaucomes, divers
52:92	médicaments yeux, oreilles, nez, gorge et divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

52:02

AGENTS ANTIALLERGIQUES

CROMOGLICATE SODIQUE

Sol. Oph.

2 %

02009277	<i>Cromolyn</i>	Pendopharm	5 ml 10 ml	4,75 9,50	

LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)

Sol. Oph.

0,1 %

00893560	<i>Alomide</i>	Novartis	10 ml	10,73	

52:04.04

ANTIBACTÉRIENS

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Pom. Oph.

0,3 %

02200864	<i>Ciloxan</i>	Novartis	3,5 g	10,15	

Sol. Oph.

0,3 % **PPB**

01945270	<i>Ciloxan</i>	Novartis	5 ml	10,15	
02387131	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	5 ml	7,05	➡

ÉRYTHROMYCINE

Pom. Oph.

0,5 % **PPB**

02326663	<i>Erythromycin</i>	Stéri-Med	3,5 g	14,70	➡
02141574	<i>Erythromycine</i>	Stulln	3,5 g	14,70	➡

FUSIDIQUE (ACIDE)

Sol. Oph.

1 %

02243862	<i>Fucithalmic</i>	Amdipharm	5 g	10,10	

OFLOXACINE

Sol. Oph.

0,3 %

02143291	<i>Ocuflox</i>	AbbVie	5 ml	12,23	

TOBRAMYCINE

Pom. Oph.

0,3 %

00614254	<i>Tobrex</i>	Novartis	3,5 g	8,65	

Sol. Oph.

0,3 % **PPB**

02241755	<i>Sandoz Tobramycin</i>	Sandoz	5 ml	6,81	➡
00513962	<i>Tobrex 0.3%</i>	Novartis	5 ml	8,72	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

52:08.08

CORTICOSTÉROÏDES

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Aéro ou Vap Nasal

0,05 mg/dose **PPB**

02238796	<i>Apo-Béclométhasone AQ</i>	Apotex	200 dose(s)	➡	12,26
02172712	<i>Mylan-Beclo AQ</i>	Mylan	200 dose(s)	➡	12,26

BUDÉSONIDE

Vap. nasal

64 mcg/dose **PPB**

02241003	<i>Mylan-Budesonide AQ</i>	Mylan	120 dose(s)	➡	10,12
02231923	<i>Rhinocort Aqua</i>	McNeil Co	120 dose(s)		10,59

Vap. nasal

100 mcg/dose

02230648	<i>Mylan-Budesonide AQ</i>	Mylan	165 dose(s)		12,74

CICLÉSONIDE

Vap. nasal

50 mcg/dose

02303671	<i>Omnares</i>	Covis	120 dose(s)		21,95

DEXAMÉTHASONE

Pom. Oph.

0,1 %

00042579	<i>Maxidex</i>	Novartis	3,5 g		8,74

Susp.Oph. ou Sol. Oph.

0,1 % **PPB**

02023865	<i>Dexamethasone</i>	Stulln	5 ml	➡	8,06
00042560	<i>Maxidex</i>	Novartis	5 ml	➡	8,06

FLUOROMÉTHOLONE

Susp. Oph.

0,1 % **PPB**

00247855	<i>FML</i>	AbbVie	5 ml		15,29
			10 ml	➡	30,58
00432814	<i>Sandoz Fluorometholone</i>	Sandoz	5 ml	➡	8,09

FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE)

Susp. Oph.

0,1 %

00756784	<i>Flarex</i>	Novartis	5 ml		9,10

FLUTICASONE (FUROATE DE)

Vap. nasal

27,5 mcg/dose

02298589	<i>Avamys</i>	GSK	120 dose(s)		20,73

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Vap. nasal

50 mcg/dose **PPB**

02294745	<i>Apo-Fluticasone</i>	Apotex	120 dose(s)	➡	21,97
02453738	<i>Teva-Fluticasone</i>	Teva Can	120 dose(s)	➡	21,97

MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE)

Vap. nasal

50 mcg/dose **PPB**

02403587	<i>Apo-Mometasone</i>	Apotex	140 dose(s)	➡	10,39
02519127	<i>Mometasone</i>	Sanis	140 dose(s)	➡	10,39
02551756	<i>Mometasone</i>	Sivem	140 dose(s)	➡	10,39
02238465	<i>Nasonex</i>	Organon	140 dose(s)	➡	10,39
02449811	<i>Sandoz Mometasone</i>	Sandoz	140 dose(s)	➡	10,39
02475863	<i>Teva-Mométasone</i>	Teva Can	140 dose(s)	➡	10,39

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE)

Susp. Oph.

1 % **PPB**

00700401	<i>ratio-Prednisolone</i>	Teva Can	5 ml	➡	8,50
			10 ml	➡	17,00
01916203	<i>Sandoz Prednisolone</i>	Sandoz	5 ml	➡	8,50
			10 ml	➡	17,00

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Vap Nasal

55 mcg/dose

02417510	<i>Nasacort Allergie 24H</i>	Sanofi San	120 dose(s)		15,60

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Vap. nasal

55 mcg/dose **PPB**

02437635	<i>Apo-Triamcinolone AQ</i>	Apotex	120 dose(s)	➡	18,00
02213834	<i>Nasacort AQ</i>	Sanofi San	120 dose(s)	➡	18,00

52:16

ANESTHÉSQUES LOCAUX

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Gel Top. (Oral)

2 %

01968823	<i>Lidodan Visqueuse</i>	Odan	50 ml		13,50	0,2700
			100 ml		27,00	0,2700

52:24

MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D')

Sol. Oph.

1 % **PPB**

02023695	<i>Atropine</i>	Stulln	15 ml	➡	8,24
00035017	<i>Isopto Atropine</i>	Alcon	5 ml	➡	3,14

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE) **

Sol. Oph.

1 %

00252506	<i>Cyclogyl</i>	Alcon	15 ml	12,66	

PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph.

2,5 %

* 00465763	<i>Mydrfrin 2.5%</i>	Alcon	5 ml	5,08	R

**TROPICAMIDE **

Sol. Oph.

0,5 %

* 00000981	<i>Mydriacyl</i>	Alcon	15 ml	13,13	R

Sol. Oph.

1 % **PPB**

* 00001007	<i>Mydriacyl</i>	Alcon	15 ml	16,90	R
00622885	<i>Odan-Tropicamide</i>	Odan	10 ml	11,27	

52:40.04

AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

**BRIMONIDINE (TARTRATE DE) **

Sol. Oph.

0,15 % **PPB**

02248151	<i>Alphagan P</i>	AbbVie	5 ml	11,55	
			10 ml	23,10	
02301334	<i>Brimonidine P</i>	AA Pharma	5 ml	8,66	
			10 ml	17,33	

Sol. Oph.

0,2 % **PPB**

02236876	<i>Alphagan</i>	AbbVie	5 ml	16,50	R
			10 ml	33,00	
02449226	<i>JAMP Brimonidine</i>	Jamp	5 ml	5,78	
			10 ml	11,55	
02507811	<i>Med-Brimonidine</i>	GMP	5 ml	5,78	
			10 ml	11,55	
02515350	<i>Riva-Brimonidine</i>	Riva	5 ml	5,78	
			10 ml	11,55	
02305429	<i>Sandoz Brimonidine</i>	Sandoz	5 ml	5,78	
			10 ml	11,55	
02515377	<i>Solution ophtalmique de tartrate de brimonidine</i>	Hikma	5 ml	5,78	

**BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

0,2 % - 0,5 % **PPB**

02375311	<i>Apo-Brimonidine-Timop</i>	Apotex	10 ml	23,29	
02248347	<i>Combigan</i>	AbbVie	10 ml	40,12	
02531704	<i>JAMP Brimonidine/Timolol</i>	Jamp	10 ml	23,29	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**BRINZOLAMIDE/BRIMONIDINE (TARTRATE DE) **

Susp. Oph.

1 % - 0,2 %

02435411	<i>Simbrinza</i>	Novartis	10 ml	44,39	

52:40.08
BÊTA-BLOQUANTS
**BETAXOLOL (CHLORHYDRATE DE) **

Susp. Oph.

0,25 %

01908448	<i>Betoptic S</i>	Novartis	5 ml 10 ml	11,50 23,00	

**BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

 0,2 % - 0,5 % **PPB**

02375311	<i>Apo-Brimonidine-Timop</i>	Apotex	10 ml	➡	23,29	
02248347	<i>Combigan</i>	AbbVie	10 ml		40,12	
02531704	<i>JAMP Brimonidine/Timolol</i>	Jamp	10 ml	➡	23,29	

**DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

 2 % - 0,5 % **PPB**

02299615	<i>Apo-Dorzo-Timop</i>	Apotex	10 ml	➡	19,89	R
02489635	<i>Collyre de dorzolamide et timolol</i>	Hikma	10 ml		19,89	
02240113	<i>Cosopt</i>	Elvium	10 ml		54,84	
02522020	<i>Dorzolamide - Timolol</i>	Jamp	10 ml	➡	19,89	
02457539	<i>Jamp Dorzolamide-Timolol</i>	Jamp	10 ml	➡	19,89	
02537796	<i>M-Dorzolamide-Timolol</i>	Mantra Ph.	10 ml	➡	19,89	
02437686	<i>Med-Dorzolamide-Timolol</i>	GMP	10 ml	➡	19,89	
02442426	<i>pms-Dorzolamide-Timolol</i>	Phmscience	10 ml	➡	19,89	
02441659	<i>Riva-Dorzolamide/Timolol</i>	Riva	10 ml	➡	19,89	
02344351	<i>Sandoz Dorzolamide/Timolol</i>	Sandoz	10 ml	➡	19,89	

**LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

 0,005 % - 0,5 % **PPB**

02436256	<i>ACT Latanoprost/Timolol</i>	Teva Can	2,5 ml	➡	11,07	R
02453770	<i>Jamp-Latanoprost/Timolol</i>	Jamp	2,5 ml	➡	11,07	
02454505	<i>Med-Latanoprost-Timolol</i>	GMP	2,5 ml	➡	11,07	
02514516	<i>M-Latanoprost-Timolol</i>	Mantra Ph.	2,5 ml	➡	11,07	
02373068	<i>Mylan-Latanoprost/Timolol</i>	Mylan	2,5 ml	➡	11,07	
02489368	<i>Solution ophtalmique de latanoprost et de timolol</i>	Hikma	2,5 ml		11,07	
02246619	<i>Xalacom</i>	BGP Pharma	2,5 ml		30,99	

**TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

0,25 %

02166712	<i>Sandoz Timolol</i>	Sandoz	10 ml		9,68	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Oph.

0,5 % **PPB**

00755834	<i>Apo-Timop</i>	Apotex	10 ml	➡	12,14
02447800	<i>Jamp-Timolol</i>	Jamp	5 ml	➡	6,07
02166720	<i>Sandoz Timolol</i>	Sandoz	5 ml	➡	6,07
			10 ml	➡	12,14
00451207	<i>Timoptic</i>	Elvium	10 ml		33,39

Sol. Oph. Gel

0,25 %

02242275	<i>Timolol Maleate-EX</i>	Sandoz	5 ml		12,23

Sol. Oph. Gel

0,5 % **PPB**

02242276	<i>Timolol Maleate-EX</i>	Sandoz	5 ml	➡	13,45
02171899	<i>Timoptic-XE</i>	Elvium	5 ml		21,54

TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE)

Sol. Oph.

0,004 % - 0,5 % **PPB**

02415305	<i>Apo-Travoprost-Timop</i>	Apotex	5 ml	➡	44,21
02278251	<i>DuoTrav PQ</i>	Novartis	5 ml		56,70

52:40.12

INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE

ACÉTAZOLAMIDE

Co.

250 mg

00545015	<i>Acétazolamide 250 mg</i>	AA Pharma	100		13,26	0,1326

BRINZOLAMIDE

Susp. Oph.

1 %

02238873	<i>Azopt</i>	Novartis	5 ml		16,42

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph.

2 % **PPB**

02522373	<i>Dorzolamide</i>	Jamp	5 ml	➡	6,56
02453347	<i>Jamp-Dorzolamide</i>	Jamp	5 ml	➡	6,56
02457210	<i>Med-Dorzolamide</i>	GMP	5 ml	➡	6,56
02316307	<i>Sandoz Dorzolamide</i>	Sandoz	5 ml	➡	6,56

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE)

Sol. Oph.

2 % -0,5 % **PPB**

02299615	<i>Apo-Dorzo-Timop</i>	Apotex	10 ml	➡	19,89	R
02489635	<i>Collyre de dorzolamide et timolol</i>	Hikma	10 ml		19,89	
02240113	<i>Cosopt</i>	Elvium	10 ml		54,84	
02522020	<i>Dorzolamide - Timolol</i>	Jamp	10 ml	➡	19,89	
02457539	<i>Jamp Dorzolamide-Timolol</i>	Jamp	10 ml	➡	19,89	
02537796	<i>M-Dorzolamide-Timolol</i>	Mantra Ph.	10 ml	➡	19,89	
02437686	<i>Med-Dorzolamide-Timolol</i>	GMP	10 ml	➡	19,89	
02442426	<i>pms-Dorzolamide-Timolol</i>	Phmscience	10 ml	➡	19,89	
02441659	<i>Riva-Dorzolamide/Timolol</i>	Riva	10 ml	➡	19,89	
02344351	<i>Sandoz Dorzolamide/Timolol</i>	Sandoz	10 ml	➡	19,89	

MÉTHAZOLAMIDE

Co.

50 mg

02245882	<i>Méthazolamide</i>	AA Pharma	100		49,13	0,4913

52:40.20

MIOTIQUES

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph.

2 %

00000868	<i>Isopto Carpine</i>	Novartis	15 ml		3,70	

52:40.28

ANALOGUES DE PROSTAGLANDINE

BIMATOPROST

Sol. Oph.

0,01 % **PPB**

02529580	<i>Bimatoprost RC</i>	Juno	5 ml	➡	30,09	
			7,5 ml	➡	45,14	
02565773	<i>JAMP Bimatoprost Solution RC</i>	Jamp	5 ml	➡	30,09	
			7,5 ml	➡	45,14	
02324997	<i>Lumigan RC</i>	AbbVie	5 ml		54,05	
			7,5 ml		81,08	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LATANOPROST

Sol. Oph.

0,005 % **PPB**

02534835	<i>AG-Latanoprost</i>	Angita	2,5 ml	➡	9,08	R
02296527	<i>Apo-Latanoprost</i>	Apotex	2,5 ml	➡	9,08	
02453355	<i>Jamp-Latanoprost</i>	Jamp	2,5 ml	➡	9,08	
02426935	<i>Med-Latanoprost</i>	GMP	2,5 ml	➡	9,08	
02513285	<i>M-Latanoprost</i>	Mantra Ph.	2,5 ml	➡	9,08	
02373041	<i>Mylan-Latanoprost</i>	Mylan	2,5 ml	➡	9,08	
02341085	<i>Riva-Latanoprost</i>	Riva	2,5 ml	➡	9,08	
02367335	<i>Sandoz Latanoprost</i>	Sandoz	2,5 ml	➡	9,08	
02489570	<i>Solution ophtalmique de latanoprost</i>	Hikma	2,5 ml		9,08	
02254786	<i>Teva-Latanoprost</i>	Teva Can	2,5 ml	➡	9,08	
02231493	<i>Xalatan</i>	BGP Pharma	2,5 ml		27,38	

LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE)

Sol. Oph.

0,005 % - 0,5 % **PPB**

02436256	<i>ACT Latanoprost/Timolol</i>	Teva Can	2,5 ml	➡	11,07	R
02453770	<i>Jamp-Latanoprost/Timolol</i>	Jamp	2,5 ml	➡	11,07	
02454505	<i>Med-Latanoprost-Timolol</i>	GMP	2,5 ml	➡	11,07	
02514516	<i>M-Latanoprost-Timolol</i>	Mantra Ph.	2,5 ml	➡	11,07	
02373068	<i>Mylan-Latanoprost/Timolol</i>	Mylan	2,5 ml	➡	11,07	
02489368	<i>Solution ophtalmique de latanoprost et de timolol</i>	Hikma	2,5 ml		11,07	
02246619	<i>Xalacom</i>	BGP Pharma	2,5 ml		30,99	

LATANOPROSTÈNE BUNOD

Sol. Oph.

0,024 %

02484218	<i>Vyzulta</i>	Bausch H.	5 ml		26,25	

TRAVOPROST

Sol. Oph.

0,003 %

02457997	<i>Izba</i>	Novartis	5 ml		19,70	

Sol. Oph.

0,004 % **PPB**

02415739	<i>Apo-Travoprost Z</i>	Apotex	5 ml	➡	19,70	
02548089	<i>JAMP Travoprost Z</i>	Jamp	5 ml	➡	19,70	
02413167	<i>Sandoz Travoprost</i>	Sandoz	5 ml	➡	19,70	
02318008	<i>Travatan Z</i>	Novartis	5 ml		55,40	

TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE)

Sol. Oph.

0,004 % - 0,5 % **PPB**

02415305	<i>Apo-Travoprost-Timop</i>	Apotex	5 ml	➡	44,21	
02278251	<i>DuoTrav PQ</i>	Novartis	5 ml		56,70	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

52:40.92

AGENTS ANTIGLAUCOMES, DIVERS

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.

2 % - 0,5 % (0,2 mL)

02258692	<i>Cosopt sans préservateur</i>	Elvium	60	28,41	0,4735

52:92

MÉDICAMENTS YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE ET DIVERS

ANÉTHOLE TRITHIONE

Co.

25 mg

02240344	<i>Sialor</i>	Phmscience	60	54,00	0,9000

APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D') 

Sol. Oph.

0,5 %

02076306	<i>Iopidine</i>	Novartis	5 ml	22,26	

BRINZOLAMIDE/TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Susp. Oph.

1 % -0,5 %

02331624	<i>Azarga</i>	Novartis	5 ml	20,40	

56:00

MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX

56:08	agents anti-diarrhéiques
56:14	agents cholélitholytiques
56:16	digestifs
56:22	antiémétiques
56:22.08	antihistaminiques
56:22.92	antiémétiques, divers
56:28	agents antiulcéreux et antiacides
56:28.12	antagonistes d'histamine h2
56:28.28	prostaglandines
56:28.32	protecteurs
56:28.36	inhibiteurs de la pompe à protons
56:32	agents prokinétiques
56:36	agents anti-inflammatoires
56:92	médicaments gastro-intestinaux, divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

56:08

AGENTS ANTI-DIARRHÉIQUES

DIPHÉNOXYLATE (CHLORHYDRATE DE/ ATROPINE (SULFATE D')) ㉔

Co.

2,5 mg -0,025 mg

00036323	<i>Lomotil</i>	Pfizer	250	110,33	0,4413

LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

2 mg PPB

02256452	<i>Jamp-Loperamide</i>	Jamp	120	11,42	➡	0,0952
02225182	<i>Loperamide-2</i>	Pro Doc	500	47,58	➡	0,0952
02228351	<i>pms-Lopéramide</i>	Phmscience	100	9,52	➡	0,0952
			500	47,58	➡	0,0952
02238211	<i>Riva-Loperamide</i>	Riva	100	9,52	➡	0,0952
			500	47,58	➡	0,0952
02132591	<i>Teva-Loperamide</i>	Teva Can	100	9,52	➡	0,0952
			500	47,58	➡	0,0952

56:14

AGENTS CHOLÉLITHOLYTIQUES

URSODIOL ㉕

Co.

250 mg PPB

02505363	<i>AG-Ursodiol</i>	Angita	100	38,18	➡	0,3818
02426900	<i>GLN-Ursodiol</i>	Glenmark	100	38,18	➡	0,3818
			500	190,90	➡	0,3818
02472392	<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	100	38,18	➡	0,3818
			500	190,90	➡	0,3818
02544032	<i>NRA-Ursodiol</i>	Nora	100	38,18	➡	0,3818
			500	190,90	➡	0,3818
02273497	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	100	38,18	➡	0,3818
			500	190,90	➡	0,3818
02515520	<i>Ursodiol C</i>	Sanis	100	38,18	➡	0,3818

Co.

500 mg PPB

02505371	<i>AG-Ursodiol</i>	Angita	100	72,42	➡	0,7242
02426919	<i>GLN-Ursodiol</i>	Glenmark	100	72,42	➡	0,7242
02472406	<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	100	72,42	➡	0,7242
02544024	<i>NRA-Ursodiol</i>	Nora	100	72,42	➡	0,7242
			500	362,10	➡	0,7242
02273500	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	100	72,42	➡	0,7242
02515539	<i>Ursodiol C</i>	Sanis	100	72,42	➡	0,7242

56:16

DIGESTIFS

LACTASE

Co.

3 000 U

* 02239139	<i>Jamp-Enzyme Lactase Régulier</i>	Jamp	100	13,33		0,1333

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 500 U	
02239140	<i>Jamp-Enzyme Lactase Extra-puissant</i>	Jamp	80	9,75	0,1219
Co.				9000 U	
80070358	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	50	16,45	0,3290
Co. Croq.				4 500 U	
* 80018706	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	80	16,07	0,2009
PANCRÉLIPASE (LIPASE-AMYLASE-PROTÉASE) 					
Caps.				8 000 U -30 000 U -30 000 U	
00263818	<i>Cotazym</i>	Organon	100	18,66	0,1866
Caps. Ent.				4 200 U -17 500 U -10 000 U	
00789445	<i>Pancrease MT 4</i>	Vivus	100	37,96	0,3796
Caps. Ent.				8 000 U -30 000 U -30 000 U	
00502790	<i>Cotazym ECS 8</i>	Organon	500	168,40	0,3368
Caps. Ent.				10 000 U - 11 200 U - 730 U	
02200104	<i>Creon 10 Minimicrosphères</i>	BGP Pharma	100	27,23	0,2723
Caps. Ent.				10 500 U -43 750 U -25 000 U	
00789437	<i>Pancrease MT 10</i>	Vivus	100	94,93	0,9493
Caps. Ent.				16 800 U -70 000 U -40 000 U	
00789429	<i>Pancrease MT 16</i>	Vivus	100	151,88	1,5188
Caps. Ent.				20 000 U -55 000 U -55 000 U	
00821373	<i>Cotazym ECS 20</i>	Organon	100	88,30	0,8830
Caps. Ent.				25 000 U - 25 500 U - 1600 U	
01985205	<i>Creon 25 Minimicrosphères</i>	BGP Pharma	100	85,07	0,8507
Caps. Ent.				35 000 U - 35 700 U - 2 240 U	
02494639	<i>Creon Minimicrosphères 35</i>	BGP Pharma	100	95,31	0,9531

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 10 440 U -56 400 U -57 100 U					
02230019	<i>Viokace (10 440 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	100	17,03	0,1703
Co. 20 880 U -113 400 U -112 500 U					
02241933	<i>Viokace (20 880 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	100	34,06	0,3406
Gran. Ent. 5 000 U -5 100 U -320 U/100 mg					
02445158	<i>Creon Minimicrosphères MICRO</i>	BGP Pharma	1	34,06	

56:22.08
ANTIISTAMINIQUE
DIMENHYDRINATE

Sol. Inj. I.M.

50 mg/mL					
00392537	<i>Dimenhydrinate</i>	Sandoz	1 ml 5 ml	1,08 4,30	

DOXYLAMINE (SUCCINATE DE)/ PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.

10 mg -10 mg PPB					
02552574	<i>ALOG-Doxylamine/ Pyridoxine</i>	Analog Ph	100 300	32,01 96,03	➡ 0,3201 ➡ 0,3201
02413248	<i>Apo-Doxylamine/B6</i>	Apotex	100 500	32,01 160,05	➡ 0,3201 ➡ 0,3201
00609129	<i>Diclectin</i>	Duchesnay	100 300	127,20 381,61	1,2720 1,2720
02406187	<i>pms-Doxylamine-Pyridoxine</i>	Phmscience	100 500	32,01 160,05	➡ 0,3201 ➡ 0,3201

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)

Co.

5 mg					
00886440	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	16,59	0,1659

Co.

10 mg					
00886432	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	20,25	0,2025

56:22.92
ANTIÉMÉTIQUES, DIVERS
NABILONE

Caps.

0,5 mg PPB					
02256193	<i>Cesamet</i>	Bausch H.	50	155,13	3,1026
02380900	<i>pms-Nabilone</i>	Phmscience	100	77,56	➡ 0,7756
02384884	<i>Teva Nabilone</i>	Teva Can	50	38,78	➡ 0,7756

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. 1 mg PPB					
00548375	<i>Cesamet</i>	Bausch H.	50	310,25	6,2050
02380919	<i>pms-Nabilone</i>	Phmscience	100	155,13 ➡	1,5513
02384892	<i>Teva Nabilone</i>	Teva Can	50	77,57 ➡	1,5513

56:28.12
ANTAGONISTES D'HISTAMINE H2
FAMOTIDINE

Co. 20 mg PPB					
02509970	<i>AG-Famotidine</i>	Angita	100	26,57 ➡	0,2657
02351102	<i>Famotidine</i>	Sanis	100	26,57 ➡	0,2657
02549107	<i>Famotidine</i>	Sivem	100	26,57 ➡	0,2657
02507749	<i>Jamp Famotidine</i>	Jamp	100	26,57 ➡	0,2657
02538628	<i>Mint-Famotidine</i>	Mint	100	26,57 ➡	0,2657
02022133	<i>Teva-Famotidine</i>	Teva Can	100	26,57 ➡	0,2657

Co. 40 mg PPB					
02509989	<i>AG-Famotidine</i>	Angita	100	48,33 ➡	0,4833
02351110	<i>Famotidine</i>	Sanis	100	48,33 ➡	0,4833
02549115	<i>Famotidine</i>	Sivem	100	48,33 ➡	0,4833
02507757	<i>Jamp Famotidine</i>	Jamp	100	48,33 ➡	0,4833
02538636	<i>Mint-Famotidine</i>	Mint	100	48,33 ➡	0,4833
02022141	<i>Teva-Famotidine</i>	Teva Can	100	48,33 ➡	0,4833

NIZATIDINE

Caps. 150 mg					
00778338	<i>Axid</i>	Pendopharm	100	83,92	0,8392

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. 150 mg PPB					
00733059	<i>Apo-Ranitidine</i>	Apotex	500	59,85 ➡	0,1197
02463717	<i>Jamp-Ranitidine</i>	Jamp	100	11,97 ➡	0,1197
			500	59,85 ➡	0,1197
02443708	<i>Mar-Ranitidine</i>	Marcan	500	59,85 ➡	0,1197
02526379	<i>Mint-Ranitidine</i>	Mint	60	7,18 ➡	0,1197
02473534	<i>M-Ranitidine</i>	Mantra Ph.	500	59,85 ➡	0,1197
02242453	<i>pms-Ranitidine</i>	Phmscience	100	11,97 ➡	0,1197
			500	59,85 ➡	0,1197
02336480	<i>Ran-Ranitidine</i>	Ranbaxy	100	11,97 ➡	0,1197
			500	59,85 ➡	0,1197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.	300 mg PPB				
00733067	<i>Apo-Ranitidine</i>	Apotex	100	22,53	➡ 0,2253
02463725	<i>Jamp-Ranitidine</i>	Jamp	100	22,53	➡ 0,2253
02443716	<i>Mar-Ranitidine</i>	Marcan	100	22,53	➡ 0,2253
02526387	<i>Mint-Ranitidine</i>	Mint	30	6,76	➡ 0,2253
02473542	<i>M-Ranitidine</i>	Mantra Ph.	100	22,53	➡ 0,2253
02242454	<i>pms-Ranitidine</i>	Phmscience	30	6,76	➡ 0,2253
			100	22,53	➡ 0,2253
02336502	<i>Ran-Ranitidine</i>	Ranbaxy	100	22,53	➡ 0,2253
			500	112,65	➡ 0,2253

Sol. Orale	150 mg/10 mL				
02280833	<i>Apo-Ranitidine</i>	Apotex	300 ml	44,40	0,1480

56:28.28

PROSTAGLANDINES

DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL

Co.	50 mg - 200 mcg PPB				
01917056	<i>Arthrotec</i>	Pfizer	250	149,75	0,5990
02413469	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	75,68	➡ 0,3027

Co.	75 mg - 200 mcg PPB				
02229837	<i>Arthrotec 75</i>	Pfizer	250	203,81	0,8152
02413477	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	103,00	➡ 0,4120

MISOPROSTOL

Co.	100 mcg				
02244022	<i>Misoprostol</i>	AA Pharma	100	26,36	0,2636

Co.	200 mcg				
02244023	<i>Misoprostol</i>	AA Pharma	100	43,89	0,4389

56:28.32

PROTECTEURS

SUCRALFATE

Co.	1 g PPB				
02125250	<i>Apo-Sucralfate</i>	Apotex	100	30,89	➡ 0,3089
02100622	<i>Sulcrate</i>	AbbVie	100	54,41	0,5441
+ 02045702	<i>Teva-Sucralfate</i>	Teva Can	100	13,09	R
			500	65,44	R

Susp. Orale	1 g/5 mL				
02103567	<i>Sulcrate Plus</i>	AbbVie	500 ml	49,42	0,0988

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

56:28.36

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

DEXLANSOPRAZOLE ³⁰

Caps. L.A.

30 mg **PPB**

02354950	<i>Dexilant</i>	Takeda	90	32,65	➡	0,3628
02536390	<i>Dexlansoprazole</i>	Altius	90	32,65	➡	0,3628

Caps. L.A.

60 mg **PPB**

02354969	<i>Dexilant</i>	Takeda	90	32,65	➡	0,3628
02536404	<i>Dexlansoprazole</i>	Altius	90	32,65	➡	0,3628

ESOMÉPRAZOLE (MAGNÉSIUM TRIHYDRATÉ) ³⁰

Co. L.A.

20 mg **PPB**

02339099	<i>Apo-Esomeprazole</i>	Apotex	30	16,50	⚡	0,3628
			100	55,00	⚡	0,3628
02520699	<i>Esomeprazole</i>	Jamp	100	55,00	⚡	0,3628
02394839	<i>Esomeprazole</i>	Pro Doc	30	16,50	⚡	0,3628
02535335	<i>Esomeprazole</i>	Sanis	100	55,00	⚡	0,3628
02442493	<i>Esomeprazole</i>	Sivem	30	16,50	⚡	0,3628
			100	55,00	⚡	0,3628
02520109	<i>M-Esomeprazole</i>	Mantra Ph.	100	55,00	⚡	0,3628
02479419	<i>MYL-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00	⚡	0,3628
02244521	<i>Nexium</i>	AZC	28	52,33	⚡	0,3628
02528479	<i>pmsc-Esomeprazole DR</i>	Phmscience	30	16,50	⚡	0,3628
			100	55,00	⚡	0,3628
02557673	<i>Riva-Esomeprazole</i>	Riva	30	16,50	⚡	0,3628
02460920	<i>Sandoz Esomeprazole</i>	Sandoz	30	16,50	⚡	0,3628
			100	55,00	⚡	0,3628
02423979	<i>Taro-Esomeprazole</i>	Sun Pharma	30	16,50	⚡	0,3628
			100	55,00	⚡	0,3628
02423855	<i>TEVA Esomeprazole</i>	Teva Can	30	16,50	⚡	0,3628
			100	55,00	⚡	0,3628

30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. ou Caps. L.A.			40 mg PPB		
02339102	<i>Apo-Esomeprazole</i>	Apotex	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628
02520702	<i>Esomeprazole</i>	Jamp	100	55,00	☞ 0,3628
			500	275,00	☞ 0,3628
02394847	<i>Esomeprazole</i>	Pro Doc	30	16,50	☞ 0,3628
			500	275,00	☞ 0,3628
02431173	<i>Esomeprazole</i>	Sanis	100	55,00	☞ 0,3628
02442507	<i>Esomeprazole</i>	Sivem	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628
02520117	<i>M-Esomeprazole</i>	Mantra Ph.	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628
02479427	<i>MYL-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00	☞ 0,3628
02244522	<i>Nexium</i>	AZC	28	52,33	☞ 0,3628
			100	186,90	☞ 0,3628
02528487	<i>pmsc-Esomeprazole DR</i>	Phmscience	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628
02557681	<i>Riva-Esomeprazole</i>	Riva	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628
02460939	<i>Sandoz Esomeprazole</i>	Sandoz	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628
02423987	<i>Taro-Esomeprazole</i>	Sun Pharma	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628
02423863	<i>TEVA Esomeprazole</i>	Teva Can	30	16,50	☞ 0,3628
			100	55,00	☞ 0,3628

LANSOPRAZOLE 30

Co. L.A. ou Caps. L.A.

			15 mg PPB		
02293811	<i>Apo-Lansoprazole</i>	Apotex	100	36,28	☞ 0,3628
02357682	<i>Lansoprazole</i>	Sanis	100	36,28	☞ 0,3628
02385767	<i>Lansoprazole</i>	Sivem	100	36,28	☞ 0,3628
02489805	<i>M-Lansoprazole</i>	Mantra Ph.	100	36,28	☞ 0,3628
02353830	<i>Mylan-Lansoprazole</i>	Mylan	100	36,28	☞ 0,3628
02165503	<i>Prevacid</i>	BGP Pharma	30	60,00	☞ 0,3628
			100	200,00	☞ 0,3628
02249464	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	30	60,00	☞ 0,3628
02422808	<i>Riva-Lansoprazole</i>	Riva	100	36,28	☞ 0,3628
02385643	<i>Sandoz Lansoprazole</i>	Sandoz	100	36,28	☞ 0,3628
02402610	<i>Taro-Lansoprazole</i>	Sun Pharma	100	36,28	☞ 0,3628
* 02280515	<i>Teva-Lansoprazole</i>	Teva Can	30	10,88	R
			100	36,28	R

30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A. ou Caps. L.A.

30 mg **PPB**

02293838	<i>Apo-Lansoprazole</i>	Apotex	100	36,27	➡ 0,3627
			500	181,33	➡ 0,3627
02357690	<i>Lansoprazole</i>	Sanis	100	36,27	➡ 0,3627
			500	181,33	➡ 0,3627
02410389	<i>Lansoprazole</i>	Sivem	100	36,27	➡ 0,3627
			500	181,33	➡ 0,3627
02489813	<i>M-Lansoprazole</i>	Mantra Ph.	100	36,27	➡ 0,3627
02353849	<i>Mylan-Lansoprazole</i>	Mylan	100	36,27	➡ 0,3627
02165511	<i>Prevacid</i>	BGP Pharma	30	60,00	⚡ 0,3628
			100	200,00	⚡ 0,3628
02249472	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	30	60,00	⚡ 0,3628
02366282	<i>Pro-Lansoprazole</i>	Pro Doc	100	36,27	➡ 0,3627
			500	181,33	➡ 0,3627
02422816	<i>Riva-Lansoprazole</i>	Riva	100	36,27	➡ 0,3627
02385651	<i>Sandoz Lansoprazole</i>	Sandoz	100	36,27	➡ 0,3627
02402629	<i>Taro-Lansoprazole</i>	Sun Pharma	100	36,27	➡ 0,3627
* 02280523	<i>Teva-Lansoprazole</i>	Teva Can	100	36,27	R
			500	181,33	R

OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIEN) ³⁰

Co. L.A. ou Caps. L.A.

20 mg **PPB**

02245058	<i>Apo-Oméprazole (caps.)</i>	Apotex	100	22,87	➡ 0,2287
			500	114,35	➡ 0,2287
02449927	<i>Bio-Omeprazole</i>	Biomed	100	22,87	➡ 0,2287
02420198	<i>Jamp-Omeprazole DR (co.)</i>	Jamp	28	6,40	➡ 0,2287
			100	22,87	➡ 0,2287
00846503	<i>Losec (caps.)</i>	Cheplaphar	30	33,00	⚡ 0,3628
* 02190915	<i>Losec (co.)</i>	Cheplaphar	30	68,61	⚡ R 0,3628
			100	228,70	⚡ R 0,3628
02295415	<i>Novo-Omeprazole</i>	Teva Can	100	22,87	➡ 0,2287
			500	114,35	➡ 0,2287
02348691	<i>Omeprazole</i>	Sanis	100	22,87	➡ 0,2287
			500	114,35	➡ 0,2287
02339927	<i>Omeprazole (caps.)</i>	Pro Doc	100	22,87	➡ 0,2287
			500	114,35	➡ 0,2287
02416549	<i>Omeprazole Magnesium (co.)</i>	Accord	100	22,87	➡ 0,2287
02504294	<i>Omeprazole Magnesium DR</i>	Sanis	100	22,87	➡ 0,2287
02411857	<i>Omeprazole-20</i>	Sivem	100	22,87	➡ 0,2287
			500	114,35	➡ 0,2287
02402416	<i>Riva-Omeprazole DR (co.)</i>	Riva	100	22,87	➡ 0,2287
			500	114,35	➡ 0,2287
02296446	<i>Sandoz Omeprazole (Caps.)</i>	Sandoz	100	22,87	➡ 0,2287
			500	114,35	➡ 0,2287

³⁰ Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANTOPRAZOLE (MAGNÉSIEU OU SODIQUE) 30

Co. Ent.

40 mg **PPB**

02481588	<i>AG-Pantoprazole Sodium</i>	Angita	30	6,05	➡	0,2016
			100	20,16	➡	0,2016
02292920	<i>Apo-Pantoprazole</i>	Apotex	30	6,05	➡	0,2016
			100	20,16	➡	0,2016
02415208	<i>Auro-Pantoprazole</i>	AuroPharma	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02445867	<i>Bio-Pantoprazole</i>	Biomed	30	6,05	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02392623	<i>Jamp Pantoprazole Sodium</i>	Jamp	30	6,05	➡	0,2016
			100	20,16	➡	0,2016
02357054	<i>Jamp-Pantoprazole</i>	Jamp	30	6,05	➡	0,2016
			100	20,16	➡	0,2016
02416565	<i>Mar-Pantoprazole</i>	Marcan	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02417448	<i>Mint-Pantoprazole</i>	Mint	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02467372	<i>M-Pantoprazole</i>	Mantra Ph.	30	6,05	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02557304	<i>NB-Pantoprazole</i>	NB Pharma	30	6,05	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02471825	<i>NRA-Pantoprazole</i>	Nora	30	6,05	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02229453	<i>Pantoloc</i>	Takeda	100	204,16	⚡	0,3628
02469138	<i>Pantoprazole</i>	Altamed	30	6,05	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02547368	<i>Pantoprazole</i>	Dac Pharma	500	100,80	➡	0,2016
02498723	<i>Pantoprazole</i>	Nora	500	100,80	➡	0,2016
02318695	<i>Pantoprazole</i>	Pro Doc	30	6,05	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02431327	<i>Pantoprazole</i>	Riva	30	6,05	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02370808	<i>Pantoprazole</i>	Sanis	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02428180	<i>Pantoprazole</i>	Sivem	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02307871	<i>pms-Pantoprazole</i>	Phmscience	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02316463	<i>Riva-Pantoprazole</i>	Riva	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02301083	<i>Sandoz Pantoprazole</i>	Sandoz	30	6,05	➡	0,2016
			100	20,16	➡	0,2016
02305046	<i>Taro-Pantoprazole</i>	Sun Pharma	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016
02267233	<i>Tecta</i>	Takeda	30	22,50	⚡	0,3628
02285487	<i>Teva-Pantoprazole</i>	Teva Can	100	20,16	➡	0,2016
			500	100,80	➡	0,2016

30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RABÉPRAZOLE SODIQUE 30

Co. Ent.

10 mg **PPB**

02415283	<i>Jamp Rabeprazole</i>	Jamp	100	6,69	➡	0,0669
02243796	<i>Pariet</i>	Janss. Inc	100	65,00	⚡	0,3628
02385449	<i>Rabeprazole</i>	Sivem	100	6,69	➡	0,0669
02356511	<i>Rabeprazole EC</i>	Sanis	100	6,69	➡	0,0669
02314177	<i>Sandoz Rabeprazole</i>	Sandoz	100	6,69	➡	0,0669

Co. Ent.

20 mg **PPB**

02415291	<i>Jamp Rabeprazole</i>	Jamp	100	13,38	➡	0,1338
			500	66,90	➡	0,1338
02243797	<i>Pariet</i>	Janss. Inc	100	130,00	⚡	0,3628
02385457	<i>Rabeprazole</i>	Sivem	30	4,01	➡	0,1338
			100	13,38	➡	0,1338
02356538	<i>Rabeprazole EC</i>	Sanis	100	13,38	➡	0,1338
02314185	<i>Sandoz Rabeprazole</i>	Sandoz	30	4,01	➡	0,1338
			100	13,38	➡	0,1338

56:32

AGENTS PROKINÉTIQUES

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)

Co.

10 mg **PPB**

02103613	<i>Apo-Domperidone</i>	Apotex	500	21,40	➡	0,0428
02445034	<i>Bio-Dompéridone</i>	Biomed	500	21,40	➡	0,0428
02350440	<i>Domperidone</i>	Sanis	500	21,40	➡	0,0428
02238341	<i>Domperidone</i>	Sivem	500	21,40	➡	0,0428
02369206	<i>Jamp-Domperidone</i>	Jamp	500	21,40	➡	0,0428
02403870	<i>Mar-Domperidone</i>	Marcan	500	21,40	➡	0,0428
+ 02561905	<i>NRA-Domperidone</i>	Nora	500	21,40	➡	0,0428
02236857	<i>Pro-Domperidone</i>	Pro Doc	500	21,40	➡	0,0428
02462834	<i>PRZ-Domperidone</i>	Pharmaris	500	21,40	➡	0,0428
02268078	<i>Taro-Domperidone</i>	Sun Pharma	500	21,40	➡	0,0428
01912070	<i>Teva-Domperidone</i>	Teva Can	500	21,40		R

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

5 mg **PPB**

02517795	<i>Mar-Metoclopramide</i>	Marcan	100	2,57	➡	0,0257
02230431	<i>PMS-Metoclopramide tablets</i>	Phmscience	100	2,57	➡	0,0257
02548747	<i>PRZ-Metoclopramide</i>	Pharmaris	100	2,57	➡	0,0257

30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			5 mg/mL PPB		
02537397	<i>Chlorhydrate de métoclopramide injection</i>	Jamp	2 ml	➡ 4,75	
			30 ml	➡ 71,24	
02185431	<i>Chlorhydrate de métoclopramide injection</i>	Sandoz	2 ml	➡ 4,75	
02243563	<i>Métoclopramide Oméga</i>	Oméga	2 ml	➡ 4,75	
02510790	<i>pms-Metoclopramide Hydrochloride Injection</i>	Phmscience	2 ml	➡ 4,75	

Sol. Orale			1 mg/mL		
02230433	<i>PMS-Metoclopramide oral solution</i>	Phmscience	500 ml	32,20	0,0644

56:36
AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES
5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE) [A]

Co. Ent.			1 g		
02545012	<i>Mezera</i>	Avir	100	103,82	1,0382
02399466	<i>Pentasa</i>	Ferring	60	66,83	1,1138

Co. Ent.			400 mg		
02171929	<i>Teva-5-ASA</i>	Teva Can	100	31,11	0,3111
			500	155,55	0,3111

Co. Ent.			500 mg		
02524481	<i>Mezera</i>	Avir	100	51,91	0,5191
02099683	<i>Pentasa</i>	Ferring	100	55,69	0,5569
02112787	<i>Salofalk</i>	AbbVie	150	81,96	0,5464
			500	273,23	0,5465

Co. L.A.			1,2 g		
02297558	<i>Mezavant</i>	Takeda	120	186,77	1,5564

Co. L.A.			800 mg		
02465752	<i>Octasa</i>	Pendopharm	180	186,89	1,0383

Co. L.A.			1600 mg		
02529610	<i>Octasa</i>	Pendopharm	60	124,59	2,0765

Supp.			1 g PPB		
02474018	<i>Mezera</i>	Avir	30	43,20 ➡	1,4400
02153564	<i>Pentasa</i>	Ferring	28	44,80	1,6000
02242146	<i>Salofalk</i>	AbbVie	30	48,00	1,6000
02562367	<i>ZDS-Mesalamine</i>	Zydus Ph	30	43,20 ➡	1,4400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp.				500 mg	
02112760	Salofalk	AbbVie	30	34,19	1,1397

Susp. Rect.				2 g	
02112795	Salofalk (58,2 mL)	AbbVie	7	25,76	3,6800

Susp. Rect.				4 g PPB	
02153556	Pentasa (100 mL)	Ferring	1	4,46	
02112809	Salofalk (58,2 mL)	AbbVie	7	43,68	6,2400

OLSALAZINE SODIQUE

Caps.				250 mg	
02063808	Dipentum	Search Phm	100	49,93	0,4993

56:92

MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX, DIVERS

LANSOPRAZOLE/ AMOXICILLINE/ CLARITHROMYCINE

Trousse (orale solide)				30 mg-2 x 500 mg-500 mg	
02470780	AA-Lansoprazole- Amoxicillin-Clarithromycin	AA Pharma	7	67,91	9,7014

64:00

ANTAGONISTES DES MÉTAUX LOURDS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

64:00

ANTAGONISTES DES MÉTAUX LOURDS

**DÉFÉRASIROX **

Co.

90 mg **PPB**

02485265	<i>Apo-Deferasirox (Type J)</i>	Apotex	30	78,91	➡	2,6303
02527774	<i>Auro-Déferasirox (Type J)</i>	AuroPharma	30	78,91	➡	2,6303
02528290	<i>pms-Deferasirox (Type J)</i>	Phmscience	30	78,91	➡	2,6303
02489899	<i>Sandoz Deferasirox (Type J)</i>	Sandoz	30	78,91	➡	2,6303
02507315	<i>Taro-Deferasirox (Type J)</i>	Taro	30	78,91	➡	2,6303

Co.

180 mg **PPB**

02485273	<i>Apo-Deferasirox (Type J)</i>	Apotex	30	157,83	➡	5,2610
02527782	<i>Auro-Déferasirox (Type J)</i>	AuroPharma	30	157,83	➡	5,2610
02528304	<i>pms-Deferasirox (Type J)</i>	Phmscience	30	157,83	➡	5,2610
02489902	<i>Sandoz Deferasirox (Type J)</i>	Sandoz	30	157,83	➡	5,2610
02507323	<i>Taro-Deferasirox (Type J)</i>	Taro	30	157,83	➡	5,2610

Co.

360 mg **PPB**

02485281	<i>Apo-Deferasirox (Type J)</i>	Apotex	30	315,68	➡	10,5228
02527790	<i>Auro-Déferasirox (Type J)</i>	AuroPharma	30	315,68	➡	10,5228
02528312	<i>pms-Deferasirox (Type J)</i>	Phmscience	30	315,68	➡	10,5228
02489910	<i>Sandoz Deferasirox (Type J)</i>	Sandoz	30	315,68	➡	10,5228
02507331	<i>Taro-Deferasirox (Type J)</i>	Taro	30	315,68	➡	10,5228

Co. Disp.

125 mg **PPB**

02461544	<i>Apo-Deferasirox</i>	Apotex	30	157,22	➡	5,2408
02464454	<i>Sandoz Deferasirox</i>	Sandoz	28	146,74	➡	5,2408

Co. Disp.

250 mg **PPB**

02461552	<i>Apo-Deferasirox</i>	Apotex	30	314,46	➡	10,4820
02464462	<i>Sandoz Deferasirox</i>	Sandoz	28	293,50	➡	10,4820

Co. Disp.

500 mg **PPB**

02461560	<i>Apo-Deferasirox</i>	Apotex	30	628,95	➡	20,9649
02464470	<i>Sandoz Deferasirox</i>	Sandoz	28	587,02	➡	20,9649

**DÉFÉROXAMINE (MÉSULATE DE) **

Pd. Inj.

500 mg

01981242	<i>Desferal</i>	Novartis	1	13,97		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PÉNICILLAMINE

Caps.

				250 mg	
00016055	<i>Cuprimine</i>	Bausch H.	100	85,00	0,8500

68:00

HORMONES ET SUBSTITUTS SYNTHÉTIQUES

68:04	glandes surrénales
68:08	androgènes
68:12	contraceptifs
68:16	estrogènes et agon.-antagon. des estrogènes
68:16.04	estrogènes
68:16.08	anti-estrogènes
68:16.12	agonistes-antagonistes des estrogènes
68:18	gonadotrophines et antigonadotrophines
68:18.04	antigonadotrophines
68:20	agents antidiabétiques
68:20.02	inhibiteurs de l'alphaglucosidase
68:20.04	biguanides
68:20.08	insulines
68:20.16	méglitinides
68:20.20	sulfonylurées
68:22	agents anti-hypoglycémiques
68:22.12	agents glycogénolytiques
68:22.92	divers anti-hypoglycémiants
68:24	agents parathyroïdiens et antiparathyroïdiens
68:28	hypophyse
68:29	agonistes et antagonistes de la somatostatine
68:29.04	agonistes de la somatostatine
68:32	progestatifs
68:36	agents thyroïdiens et anti-thyroïdiens
68:36.04	agents thyroïdiens
68:36.08	agents anti-thyroïdiens

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:04

GLANDES SURRÉNALES

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Aéro. oral

50 mcg/dose

02242029	<i>Qvar</i>	Bausch H.	200 dose(s)	29,28	

Aéro. oral

100 mcg/dose

02242030	<i>Qvar</i>	Bausch H.	200 dose(s)	58,56	

BUDÉSONIDE

Pd. pour Inh.

100 mcg/dose

00852074	<i>Pulmicort Turbuhaler</i>	AZC	200 dose(s)	30,90	

Pd. pour Inh.

200 mcg/dose

00851752	<i>Pulmicort Turbuhaler</i>	AZC	200 dose(s)	63,16	

Pd. pour Inh.

400 mcg/dose

00851760	<i>Pulmicort Turbuhaler</i>	AZC	200 dose(s)	93,00	

Sol. pour Inh.

0,125 mg/mL (2 mL) **PPB**

02229099	<i>Pulmicort nebuamp</i>	AZC	20	8,57	0,4285
02494264	<i>Taro-Budesonide</i>	Taro	20	4,57	➡ 0,2285
02465949	<i>Teva-Budesonide</i>	Teva Can	20	4,57	➡ 0,2285

Sol. pour Inh.

0,25 mg/mL (2 mL) **PPB**

01978918	<i>Pulmicort nebuamp</i>	AZC	20	17,14	0,8570
* 02494272	<i>Taro-Budesonide</i>	Taro	20	9,58	➡ 0,4790
+ 02535416	<i>Teva-Budesonide</i>	Teva Can	20	9,58	➡ 0,4790

Sol. pour Inh.

0,5 mg/mL (2 mL) **PPB**

01978926	<i>Pulmicort nebuamp</i>	AZC	20	34,28	1,7140
02494280	<i>Taro-Budesonide</i>	Taro	20	18,24	➡ 0,9120
02465957	<i>Teva-Budesonide</i>	Teva Can	20	18,24	➡ 0,9120

CICLÉSONIDE

Aéro. oral

100 mcg/dose

* 02285606	<i>Alvesco</i>	Covis	120 dose(s)	46,97	

Aéro. oral

200 mcg/dose

* 02285614	<i>Alvesco</i>	Covis	120 dose(s)	77,47	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**CORTISONE (ACÉTATE DE) **

Co.				25 mg	
00280437	<i>Cortisone Acétate-ICN</i>	Bausch H.	100	30,66	0,3066

**DEXAMÉTHASONE **

Co.				0,5 mg	PPB
02261081	<i>Apo-Dexaméthasone</i>	Apotex	100	15,64	➡ 0,1564
01964976	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100	15,64	➡ 0,1564

Co.				2 mg	
02279363	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100	42,36	0,4236

Co.				4 mg	PPB
02250055	<i>Apo-Dexaméthasone</i>	Apotex	100	30,46	➡ 0,3046
01964070	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100	30,46	➡ 0,3046

Elix.				0,5 mg/5 mL	PPB
02528584	<i>Odan-Dexamethasone Elixir</i>	Odan	100 ml	49,37	➡ 0,4937
01946897	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100 ml	49,37	➡ 0,4937

**DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) **

Sol. Inj.				4 mg/mL	PPB
00664227	<i>Dexamethasone</i>	Sandoz	5 ml	➡ 8,03	
01977547	<i>Dexamethasone</i>	Sterimax	5 ml	➡ 8,03	
02204266	<i>Dexamethasone Omega</i>	Oméga	5 ml	➡ 8,03	

Sol. Inj.				10 mg/mL	PPB
00874582	<i>Dexamethasone</i>	Sandoz	1 ml	➡ 4,23	
02204274	<i>Dexamethasone Omega</i>	Oméga	1 ml	➡ 4,23	
			10 ml	➡ 12,83	
02387743	<i>Dexamethasone Omega</i>	Oméga	1 ml	➡ 4,23	
	<i>Unidose</i>				

**FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE) **

Co.				0,1 mg	PPB
02086026	<i>Florinef</i>	Paladin	100	23,96	
02552248	<i>JAMP Fludrocortisone</i>	Jamp	100	22,76	➡ 0,2276

**FLUTICASONE (FUROATE DE) **

Pd. pour Inh.				100 mcg	
02446561	<i>Arnuity Ellipta</i>	GSK	30 dose(s)	34,70	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. pour Inh.			200 mcg		
02446588	<i>Arnuitly Ellipta</i>	GSK	30 dose(s)	69,40	

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Aéro. oral			50 mcg/dose PPB		
02528428	<i>Apo-Fluticasone HFA</i>	Apotex	120 dose(s)	➡ 14,21	
02244291	<i>Flovent HFA</i>	GSK	120 dose(s)	22,61	
02503115	<i>pms-Fluticasone HFA</i>	Phmscience	120 dose(s)	➡ 14,21	

Aéro. oral			125 mcg/dose PPB		
02526557	<i>Apo-Fluticasone HFA</i>	Apotex	120 dose(s)	➡ 23,41	
02244292	<i>Flovent HFA</i>	GSK	120 dose(s)	38,05	
02503123	<i>pms-Fluticasone HFA</i>	Phmscience	120 dose(s)	➡ 23,41	

Aéro. oral			250 mcg/dose PPB		
02510987	<i>Apo-Fluticasone HFA</i>	Apotex	120 dose(s)	➡ 45,02	
02244293	<i>Flovent HFA</i>	GSK	120 dose(s)	76,11	
02503131	<i>pms-Fluticasone HFA</i>	Phmscience	120 dose(s)	➡ 45,02	

Pd. pour Inh.			55 mcg/dose		
02467895	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	60 dose(s)	16,96	

Pd. pour Inh.			100 mcg/coque		
02237245	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	22,61	

Pd. pour Inh.			113 mcg/dose		
02467909	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	60 dose(s)	30,96	

Pd. pour Inh.			232 mcg/dose		
02467917	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	60 dose(s)	48,15	

Pd. pour Inh.			250 mcg/coque		
02237246	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	38,05	

Pd. pour Inh.			500 mcg/coque		
02237247	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	64,20	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HYDROCORTISONE

Co.				10 mg	PPB	
02524465	Auro-Hydrocortisone	AuroPharma	100	16,39	➔	0,1639
00030910	Cortef	Pfizer	100	21,85		0,2185

Co.				20 mg	PPB	
02524473	Auro-Hydrocortisone	AuroPharma	100	29,58	➔	0,2958
00030929	Cortef	Pfizer	100	39,44		0,3944

HYDROCORTISONE (SUCCINATE SODIQUE D')

Pd. Inj.				1 g		
00030635	Solu-Cortef	Pfizer	1	28,98		

Pd. Inj.				100 mg		
00030600	Solu-Cortef	Pfizer	1	4,45		

Pd. Inj.				250 mg		
00030619	Solu-Cortef	Pfizer	1	7,53		

Pd. Inj.				500 mg		
00030627	Solu-Cortef	Pfizer	1	15,56		

MÉTHYLPREDNISOLONE

Co.				4 mg		
00030988	Medrol	Pfizer	100	32,93		0,3293

Co.				16 mg		
00036129	Medrol	Pfizer	100	95,03		0,9503

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)

Susp. Inj.				20 mg/mL		
01934325	Depo-Medrol	Pfizer	5 ml	10,76		

Susp. Inj.				40 mg/mL		
01934333	Depo-Medrol	Pfizer	2 ml	9,11		
			5 ml	16,45		
00030759	Depo-Medrol (sans préservatif)	Pfizer	1 ml	6,36		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj.					
00030767	<i>Depo-Medrol</i>	Pfizer	1 ml	80 mg/mL 9,11	

MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE)

Pd. Inj.					
				1 g PPB	
02241229	<i>Méthylprednisolone</i>	Novopharm	1	➡ 31,00	
02367971	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1	➡ 66,57	

Pd. Inj.					
				40 mg PPB	
02231893	<i>Méthylprednisolone</i>	Novopharm	1	➡ 3,60	R
02367947	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1	➡ 7,30	

Pd. Inj.					
				125 mg	
02367955	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1	17,33	

Pd. Inj.					
				500 mg PPB	
02231895	<i>Méthylprednisolone</i>	Novopharm	1	➡ 18,60	R
02367963	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1	➡ 42,81	

MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Pd. pour Inh.					
				200 mcg/dose	
02243595	<i>Asmanex Twisthaler</i>	Organon	60 dose(s)	32,00	

Pd. pour Inh.					
				400 mcg/dose	
02243596	<i>Asmanex Twisthaler</i>	Organon	30 dose(s) 60 dose(s)	32,00 64,00	

PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)

Sol. Orale					
				5 mg/5 mL	
* 02245532	<i>pms-Prednisolone</i>	Phmscience	120 ml	11,44	0,0953

PREDNISONE

Co.					
				1 mg	
00271373	<i>Winpred</i>	AA Pharma	100	12,76	0,1276

Co.					
				5 mg PPB	
00312770	<i>Apo-Prednisone</i>	Apotex	100 1000	2,20 21,95	➡ 0,0220 ➡ 0,0220
00021695	<i>Teva-Prednisone</i>	Teva Can	1000	21,95	➡ 0,0220

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.		50 mg PPB			
00550957	<i>Apo-Prednisone</i>	Apotex	100	17,35	➡ 0,1735
00232378	<i>Teva-Prednisone</i>	Teva Can	100	17,35	➡ 0,1735

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Susp. Inj.		10 mg/mL			
01999761	<i>Kenalog-10</i>	B.M.S.	5 ml	15,71	

Susp. Inj.		40 mg/mL PPB			
01999869	<i>Kenalog-40</i>	B.M.S.	1 ml	7,29	
			5 ml	25,52	
01977563	<i>Triamcinolone</i>	Sterimax	1 ml	4,77	➡
			5 ml	23,85	➡

68:08

ANDROGÈNES

DANAZOL

Caps.		100 mg			
02018152	<i>Cyclomen</i>	SanofiAven	100	116,79	1,1679

Caps.		200 mg			
02018160	<i>Cyclomen</i>	SanofiAven	100	186,61	1,8661

TESTOSTÉRONE

Gel Top.		1% (2,5 g) PPB			
02245345	<i>AndroGel</i>	BGP Pharma	30	65,13	
02463792	<i>Taro-Testosterone Gel</i>	Taro	30	50,18	➡ 1,6727

Gel Top.		1 % (5,0 g) PPB			
02245346	<i>AndroGel</i>	BGP Pharma	30	115,17	
02463806	<i>Taro-Testosterone Gel</i>	Taro	30	88,73	➡ 2,9577
02280248	<i>Testim 1%</i>	Knight	30	88,73	➡ 2,9577

TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE)

Sol. Inj. Huil.		100 mg/mL PPB			
00030783	<i>Depo-Testostérone</i>	Pfizer	10 ml	24,45	R
02496003	<i>Taro-Testosterone Cypionate</i>	Taro	10 ml	20,78	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) ◆

Sol. Inj. Huil.

				200 mg/mL	
02536315	<i>Énanthate de testostérone injectable</i>	Hikma	5 ml	24,42	

TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) ◆

Caps.

				40 mg	
02421186	<i>Taro-Testosterone</i>	Taro	60	28,20	0,4700
			120	56,40	0,4700

68:12

CONTRACEPTIFS

DROSPIRÉNONE [R]

Co.

				4 mg	
02522802	<i>Slynd (28)</i>	Duchesnay	1	12,66	

ESTÉTROL MONOHYDRATÉ ET DROSPIRÉNONE [R]

Co. (28)

				15 mg - 3 mg	
02513218	<i>Nextstellis</i>	Search Phm	1	17,77	

ÉTHINYLESTRADIOL/ DÉSOGESTREL [R]

Co.

				0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg	
02272903	<i>Linessa 21</i>	Aspen	1	12,40	
02257238	<i>Linessa 28</i>	Aspen	1	12,40	

Co.

				0,030 mg -0,15 mg	PPB
02317192	<i>Apri 21</i>	Teva Can	1	➡	5,28
02317206	<i>Apri 28</i>	Teva Can	1	➡	5,28
02396491	<i>Freya 21</i>	Mylan	1	➡	5,28
02396610	<i>Freya 28</i>	Mylan	1	➡	5,28
02042487	<i>Marvelon 21</i>	Organon	1		12,95
02042479	<i>Marvelon 28</i>	Organon	1		12,95
02556553	<i>Miley 21</i>	Ambicare	1	➡	5,28
02556561	<i>Miley 28</i>	Ambicare	1	➡	5,28
02410249	<i>Mirvala 21</i>	Apotex	1	➡	5,28
02410257	<i>Mirvala 28</i>	Apotex	1	➡	5,28

ÉTHINYLESTRADIOL/ DROSPIRÉNONE [R]

Co.

				0,02 mg -3 mg	PPB
02462060	<i>Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 28</i>	Glenmark	3	24,78	➡ 8,2600
02415380	<i>Mya 28</i>	Apotex	1	➡	8,26
02321157	<i>Yaz 28</i>	Bayer	1	11,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 0,03 mg - 3 mg PPB					
02421437	<i>Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 21</i>	Glenmark	3	18,66 ➡	6,2188
02421445	<i>Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 28</i>	Glenmark	3	18,66 ➡	6,2188
02261723	<i>Yasmin 21</i>	Bayer	1	11,84	
02261731	<i>Yasmin 28</i>	Bayer	1	11,84	
02410788	<i>Zamine 21</i>	Apotex	1	➡ 6,22	
02410796	<i>Zamine 28</i>	Apotex	1	➡ 6,22	

ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL

Anneau vag.

2,6 mg -11,4 mg PPB					
02520028	<i>Haloette</i>	Search Phm	1	➡ 12,54	
			3	37,62 ➡	12,5400
02253186	<i>Nuvaring</i>	Organon	1	➡ 12,54	
			3	37,62 ➡	12,5400

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL

Co.

0,020 mg -0,10 mg PPB					
02236974	<i>Alesse 21</i>	Pfizer	1	12,70	
02236975	<i>Alesse 28</i>	Pfizer	1	12,70	
02387875	<i>Alysena 21</i>	Apotex	1	➡ 3,94	
			3	11,82 ➡	3,9400
02387883	<i>Alysena 28</i>	Apotex	1	➡ 3,94	
			3	11,82 ➡	3,9400
02532174	<i>Audrina 21</i>	Jamp	1	➡ 3,94	
02532182	<i>Audrina 28</i>	Jamp	1	➡ 3,94	
02298538	<i>Aviane 21</i>	Teva Can	1	➡ 3,94	
02298546	<i>Aviane 28</i>	Teva Can	1	➡ 3,94	
02424282	<i>LAYLAA 21</i>	Lupin	1	➡ 3,94	
02424290	<i>LAYLAA 28</i>	Lupin	1	➡ 3,94	

Co.

0,03 mg -0,05 mg -0,04 mg -0,075 mg -0,03 mg -0,125 mg					
00707600	<i>Triquilar 21</i>	Bayer	1	14,52	
00707503	<i>Triquilar 28</i>	Bayer	1	14,52	

Co.

0,03 mg -0,15 mg PPB					
02042320	<i>Min-Ovral 21</i>	Pfizer	1	12,13	
02042339	<i>Min-Ovral 28</i>	Pfizer	1	12,13	
02387085	<i>Ovima 21</i>	Apotex	1	➡ 7,28	
02387093	<i>Ovima 28</i>	Apotex	1	➡ 7,28	
02295946	<i>Portia 21</i>	Teva Can	1	➡ 7,28	
02295954	<i>Portia 28</i>	Teva Can	1	➡ 7,28	

Co. (91)

0,03 mg -0,15 mg PPB					
02398869	<i>Indayo</i>	Mylan	1	➡ 45,96	
02296659	<i>Seasonale</i>	Teva Can	1	54,06	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL - ÉTHINYLESTRADIOL

Co. 0,03 mg - 0,15 mg (84 co.)/0,01 mg (7 co.)

02346176	Seasonique	Teva Can	1	52,66	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE

Timbre cut. (3) 0,60 mg - 6 mg

02248297	Evra	Search Phm	1	14,95	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE

Co. 0,035 mg -0,5 mg

02187086	Brévicon 0.5/35 (21)	Pfizer	1	10,92	
02187094	Brévicon 0.5/35 (28)	Pfizer	1	10,92	

Co. 0,035 mg -0,5 mg -0,035 mg -1 mg -0,035 mg -0,5 mg

02187108	Synphasic 21	Pfizer	1	10,35	
02187116	Synphasic 28	Pfizer	1	10,35	

Co. 0,035 mg -1 mg

02189054	Brévicon 1/35 (21)	Pfizer	1	10,92	
02189062	Brévicon 1/35 (28)	Pfizer	1	10,92	
02197502	Select 1/35 (21)	Pfizer	1	7,37	
* 02199297	Select 1/35 (28)	Pfizer	1	7,37	R

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORGESTIMATE

Co. 0,035 mg -0,180 mg -0,035 mg -0,215 mg -0,035 mg -0,25 mg **PPB**

02508087	Tri-Cira (21)	Apotex	1	➡	12,69	
02508095	Tri-Cira (28)	Apotex	1	➡	12,69	
02486296	Tri-Jordyna 21	Glenmark	3		38,07	➡ 12,6896
02486318	Tri-Jordyna 28	Glenmark	3		38,07	➡ 12,6896

ÉTONOGESTREL

Implant 68 mg

02499509	Nexplanon	Organon	1	285,00	

LÉVONORGESTREL

Co. 1,5 mg **PPB**

02433532	Backup Plan Onestep	Apotex	1	➡	4,30	
02425009	Contingency One	Mylan	1	➡	4,30	
02548461	MyStep	Jamp	1	➡	4,30	
02293854	Plan B	Paladin	1		8,60	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LÉVONORGESTREL

Sys. Intra-Utér.

				19,5 mg	
02459523	<i>Kyleena</i>	Bayer	1	336,82	

Sys. Intra-Utér.

				52 mg	
02243005	<i>Mirena</i>	Bayer	1	336,82	

NORÉTHINDRONE

Co. (28)

				0,35 mg	PPB
02441306	<i>Jencycla</i>	Lupin	1	➡	10,99
02458683	<i>Maeve</i>	Glenmark	1	➡	10,99
02410303	<i>Movisse</i>	Mylan	1	➡	10,99

ULIPRISTAL (ACÉTATE D')

Co.

				30 mg	
02436329	<i>Ella</i>	AbbVie	1	25,94	

68:16.04

ESTROGÈNES

ESTRADIOL-17B

Anneau vag.

				2 mg	
02168898	<i>Estring</i>	Paladin	1	62,77	

Co.

				0,5 mg	PPB
* 02449048	<i>Lupin-Estradiol</i>	Lupin	100	11,81	➡ 0,1181
02225190	<i>pms-ESTRADIOL</i>	Phmscience	100	13,44	0,1344

Co.

				1 mg	PPB
* 02449056	<i>Lupin-Estradiol</i>	Lupin	100	22,86	➡ 0,2286
02148587	<i>pms-ESTRADIOL</i>	Phmscience	100	25,97	0,2597

Co.

				2 mg	PPB
* 02449064	<i>Lupin-Estradiol</i>	Lupin	100	40,33	➡ 0,4033
02148595	<i>pms-ESTRADIOL</i>	Phmscience	100	45,86	0,4586

Co. Vag.

				4 mcg	
02503689	<i>Imvexxy</i>	Knight	18	65,32	

Co. Vag.

				10 mcg	
02503697	<i>Imvexxy</i>	Knight	18	65,32	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Vag. (App.)

10 mcg

02325462	<i>Vagifem 10</i>	N.Nordisk	18	42,07	

Gel Top.

0,06 %

02238704	<i>EstroGel</i>	Organon	80 g	24,35	

ESTRADIOL-17B/ PROGESTÉRONNE MICRONISÉE

Caps.

1 mg -100 mg

02505223	<i>Bijuva</i>	Knight	30	26,89	0,8962

ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES

Cr. Vag.

0,625 mg/g

02043440	<i>Premarin</i>	Pfizer	30 g	24,84	

ESTRONE

Cr. Vag.

1 mg/g

00727369	<i>Estragyn crème vaginale</i>	Search Phm	45 g	15,55	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:16.08

ANTI-ESTROGÈNES

ANASTROZOLE

Co.

1 mg **PPB**

02534118	<i>AG-Anastrozole</i>	Angita	30	28,57	➡	0,9522
02553686	<i>AG-Anastrozole Tablets</i>	Angita	30	28,57	➡	0,9522
02351218	<i>Anastrozole</i>	Accord	30	28,57	➡	0,9522
02442736	<i>Anastrozole</i>	Sanis	30	28,57	➡	0,9522
02529904	<i>Anastrozole</i>	Sivem	30	28,57	➡	0,9522
			100	95,22	➡	0,9522
02374420	<i>Apo-Anastrozole</i>	Apotex	30	28,57	➡	0,9522
			100	95,22	➡	0,9522
02224135	<i>Arimidex</i>	AZC	30	152,75		5,0917
02392488	<i>Bio-Anastrozole</i>	Biomed	30	28,57	➡	0,9522
			100	95,22	➡	0,9522
02540584	<i>JAMP Anastrozole Tablets</i>	Jamp	30	28,57	➡	0,9522
			100	95,22	➡	0,9522
02339080	<i>Jamp-Anastrozole</i>	Jamp	30	28,57	➡	0,9522
			100	95,22	➡	0,9522
02379562	<i>Mar-Anastrozole</i>	Marcan	30	28,57	➡	0,9522
			100	95,22	➡	0,9522
02393573	<i>Mint-Anastrozole</i>	Mint	30	28,57	➡	0,9522
02417855	<i>Nat-Anastrozole</i>	Natco	30	28,57	➡	0,9522
			100	95,22	➡	0,9522
02320738	<i>pms-Anastrozole</i>	Phmscience	30	28,57	➡	0,9522
02395649	<i>Pro-Anastrozole</i>	Pro Doc	30	28,57	➡	0,9522
02392259	<i>Riva-Anastrozole</i>	Riva	30	28,57	➡	0,9522
02338467	<i>Sandoz Anastrozole</i>	Sandoz	30	28,57	➡	0,9522
02365650	<i>Taro-Anastrozole</i>	Taro	30	28,57	➡	0,9522
02394898	<i>Teva-Anastrozole</i>	Teva Can	30	28,57	➡	0,9522

EXÉMESTANE

Co.

25 mg **PPB**

02390183	<i>ACT Exemestane</i>	Teva Can	30	93,70	➡	3,1232
02242705	<i>Aromasin</i>	Pfizer	30	155,35		5,1783
02407841	<i>Med-Exemestane</i>	GMP	30	93,70	➡	3,1232

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LÉTROZOLE

Co.

2,5 mg **PPB**

02374439	AG-Letrozole	Angita	30	41,34	➡	1,3780
02543419	AG-Letrozole	Angita	30	41,34	➡	1,3780
02358514	Apo-Letrozole	Apotex	30	41,34	➡	1,3780
02392496	Bio-Letrozole	Biomed	30	41,34	➡	1,3780
			100	137,80	➡	1,3780
02231384	Femara	Novartis	30	163,96		5,4653
02373009	Jamp-Letrozole	Jamp	30	41,34	➡	1,3780
			100	137,80	➡	1,3780
02541912	Jamp-Letrozole	Jamp	30	41,34	➡	1,3780
			100	137,80	➡	1,3780
02338459	Letrozole	Accord	30	41,34	➡	1,3780
02402025	Letrozole	Pro Doc	30	41,34	➡	1,3780
02504472	Letrozole	Sanis	30	41,34	➡	1,3780
02524244	Letrozole	Sivem	30	41,34	➡	1,3780
02373424	Mar-Letrozole	Marcan	30	41,34	➡	1,3780
02508109	Mint-Letrozole	Mint	30	41,34	➡	1,3780
02549972	M-Letrozole	Mantra Ph.	30	41,34	➡	1,3780
02421585	Nat-Letrozole	Natco	30	41,34	➡	1,3780
			100	137,80	➡	1,3780
02520486	NRA-Letrozole	Nora	30	41,34	➡	1,3780
02309114	pms-Letrozole	Phmscience	30	41,34	➡	1,3780
02398656	Riva-Letrozole	Riva	30	41,34	➡	1,3780
02344815	Sandoz Letrozole	Sandoz	30	41,34	➡	1,3780
02343657	Teva-Letrozole	Teva Can	30	41,34	➡	1,3780

68:16.12

AGONISTES-ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES

RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

60 mg **PPB**

02358840	ACT Raloxifene	Teva Can	30	13,75	➡	0,4583
			100	45,83	➡	0,4583
02279215	Apo-Raloxifene	Apotex	100	45,83	➡	0,4583
02540681	JAMP Raloxifene	Jamp	100	45,83	➡	0,4583

TAMOXIFÈNE (CITRATE DE)

Co.

10 mg **PPB**

00812404	Apo-Tamox	Apotex	100	17,50	➡	0,1750
00851965	Teva-Tamoxifen	Teva Can	60	10,50	➡	0,1750
			100	17,50	➡	0,1750

Co.

20 mg **PPB**

00812390	Apo-Tamox	Apotex	100	35,00	➡	0,3500
00851973	Teva-Tamoxifen	Teva Can	30	10,50	➡	0,3500
			100	35,00	➡	0,3500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:18

GONADOTROPHINES ET ANTIGONADOTROPHINES

BUSERELINE (ACÉTATE DE)

Implant

				6,3 mg	
02228955	Suprefact Dépôt	Cheplaphar	1	733,47	

Implant

				9,45 mg	
02240749	Suprefact Dépôt 3 mois	Cheplaphar	1	1083,76	

Sol. Inj. S.C.

				1 mg/mL	
02225166	Suprefact	Cheplaphar	5,5 ml	51,76	

Vap. nasal

				1 mg/mL	
* 02225158	Suprefact	Cheplaphar	10 ml	69,35	R

GONADORÉLINE

Pd. Inj.

				0,8 mg	
* 02046210	Lutrepulse	Ferring	1	115,00	R

GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE)

Implant

				3,6 mg	
02049325	Zoladex	TerSera	1	390,50	

Implant

				10,8 mg	
02225905	Zoladex LA	TerSera	1	1113,00	

LEUPROLIDE (ACÉTATE DE)

Trousse

				3,75 mg	
00884502	Lupron Depot	AbbVie	1	336,23	

Trousse

				7,5 mg	
02248239	Eligard	Tolmar	1	310,72	
00836273	Lupron Depot	AbbVie	1	387,97	

Trousse

				11,25 mg	
02239834	Lupron Depot	AbbVie	1	1008,68	

Trousse

				22,5 mg	
02248240	Eligard	Tolmar	1	891,00	
02230248	Lupron Depot	AbbVie	1	1071,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Trousse				30 mg	
02248999	<i>Eligard</i>	Tolmar	1	1285,20	
02239833	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1	1428,00	

Trousse				45 mg	
02268892	<i>Eligard</i>	Tolmar	1	1450,00	

NAFARELINE (ACETATE DE)

Vap. nasal				2 mg/mL	
02188783	<i>Synarel</i>	Pfizer	8 ml	283,56	

68:18.04

ANTIGONADOTROPHINES

CÉTRORÉLIX

Pd. Inj. S.C.				0,25 mg	
02247766	<i>Cetrotide</i>	Serono	1	90,00	

DEGARELIX (ACÉTATE DE)

Sol. Inj. S.C.				80 mg	
* 02337029	<i>Firmagon</i>	Ferring	1	255,00	

Sol. Inj. S.C.				120 mg	
* 02337037	<i>Firmagon</i>	Ferring	2	690,00	

GANIRELIX

Sol. Inj. S.C. (ser)				250 mcg/0,5 mL	
02245641	<i>Orgalutran</i>	Organon	1	94,71	

RÉLUGOLIX

Co.				120 mg	
02542137	<i>Orgovyx</i>	Sumitomo	30	270,00	9,0000

68:20.02

INHIBITEURS DE L'ALPHAGLUCOSIDASE

ACARBOSE

Co.				50 mg	
02494078	<i>Mar-Acarbose</i>	Marcan	120	17,78	0,1482

Co.				100 mg	
02494086	<i>Mar-Acarbose</i>	Marcan	120	24,64	0,2053

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:20.04

BIGUANIDES

**METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

500 mg **PPB**

02494418	<i>AG-Metformin</i>	Angita	500	12,35	➡	0,0247
02438275	<i>Auro-Metformin</i>	AuroPharma	100	2,47	➡	0,0247
			360	8,89	➡	0,0247
02099233	<i>Glucophage</i>	SanofiAven	100	21,31		0,2131
			500	106,53		0,2131
02380196	<i>Jamp Metformin</i>	Jamp	360	8,89	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02378620	<i>Mar-Metformin</i>	Marcen	100	2,47	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02353377	<i>Metformin</i>	Sanis	360	8,89	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02385341	<i>Metformin FC</i>	Sivem	100	2,47	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02388766	<i>Mint-Metformin</i>	Mint	360	8,89	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02547767	<i>M-Metformin</i>	Mantra Ph.	100	2,47	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02536439	<i>NRA-Metformin</i>	Nora	500	12,35	➡	0,0247
02520303	<i>pmsc-Metformin</i>	Phmscience	360	8,89	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02223562	<i>pms-Metformin</i>	Phmscience	100	2,47	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02314908	<i>Pro-Metformin</i>	Pro Doc	500	12,35	➡	0,0247
02531895	<i>PRZ-Metformin</i>	Pharmaris	100	2,47	➡	0,0247
			360	8,89	➡	0,0247
02269031	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	100	2,47	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02239081	<i>Riva-Metformin</i>	Riva	100	2,47	➡	0,0247
			500	12,35	➡	0,0247
02246820	<i>Sandoz Metformin FC</i>	Sandoz	100	2,47	➡	0,0247
			360	8,89	➡	0,0247
02257726	<i>Teva-Metformin</i>	Teva Can	100	2,47	➡	0,0247
			360	8,89	➡	0,0247

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

850 mg **PPB**

02494442	<i>AG-Metformin</i>	Angita	500	16,95	➡	0,0339
02438283	<i>Auro-Metformin</i>	AuroPharma	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02162849	<i>Glucophage</i>	SanofiAven	100	30,80		0,3080
02380218	<i>Jamp Metformin</i>	Jamp	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02378639	<i>Mar-Metformin</i>	Marcan	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02353385	<i>Metformin</i>	Sanis	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02385368	<i>Metformin FC</i>	Sivem	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02388774	<i>Mint-Metformin</i>	Mint	500	16,95	➡	0,0339
02547775	<i>M-Metformin</i>	Mantra Ph.	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02536447	<i>NRA-Metformin</i>	Nora	500	16,95	➡	0,0339
02520311	<i>pmsc-Metformin</i>	Phmscience	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02314894	<i>Pro-Metformin</i>	Pro Doc	500	16,95	➡	0,0339
02531909	<i>PRZ-Metformin</i>	Pharmaris	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02269058	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	100	3,39	➡	0,0339
02242783	<i>Riva-Metformin</i>	Riva	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02246821	<i>Sandoz Metformin FC</i>	Sandoz	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339
02257734	<i>Teva-Metformin</i>	Teva Can	100	3,39	➡	0,0339
			500	16,95	➡	0,0339

Co.

1000 mg **PPB**

02548275	<i>M-Metformin</i>	Mantra Ph.	500	19,95	➡	0,0399
02534673	<i>PRZ-Metformin</i>	Pharmaris	180	7,18	➡	0,0399
			500	19,95	➡	0,0399

68:20.08

INSULINES

INSULINE ASPARTE

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02520974	<i>Kirsty</i>	Biocon	5	42,71		
02506564	<i>Trurapi</i>	SanofiAven	5	45,00		
02506572	<i>Trurapi SoloSTAR</i>	SanofiAven	5	45,00		

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (10 mL)

02529254	<i>Trurapi</i>	SanofiAven	1	22,64		

INSULINE DÉGLUDEC

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02467879	<i>Tresiba FlexTouch</i>	N.Nordisk	5	98,69		
02467860	<i>Tresiba Penfill</i>	N.Nordisk	5	98,69		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			200 U/mL (3 mL)		
02467887	<i>Tresiba FlexTouch</i>	N.Nordisk	3	118,42	

INSULINE DÉTÉMIR

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02412829	<i>Levemir FlexTouch</i>	N.Nordisk	5	98,69	
02271842	<i>Levemir Penfill</i>	N.Nordisk	5	98,69	

INSULINE GLARGINE

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL		
02245689	<i>Lantus</i>	SanofiAven	10 ml	58,07	

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02444844	<i>Basaglar</i>	Lilly	5	69,64	
02461528	<i>Basaglar KwikPen (80 U)</i>	Lilly	5	69,64	
02526441	<i>Semglee (stylo)</i>	Biocon	5	63,83	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			300 U/mL (1,5 mL)		
02441829	<i>Toujeo SoloStar</i>	SanofiAven	3	66,42	
			5	110,70	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			300 U/mL (3mL)		
02493373	<i>Toujeo DoubleStar</i>	SanofiAven	3	132,84	

INSULINE GLULISINE

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL		
02279460	<i>Apidra</i>	SanofiAven	10 ml	24,50	

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02279479	<i>Apidra</i>	SanofiAven	5	48,45	
02294346	<i>Apidra Solostar</i>	SanofiAven	5	49,00	

INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.			100 U/mL		
00587737	<i>Humulin N</i>	Lilly	10 ml	17,12	
02024225	<i>Novolin ge NPH</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Susp. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
01959239	<i>Humulin N</i>	Lilly	5	35,50	
02403447	<i>Humulin N KwikPen</i>	Lilly	5	34,89	
02024268	<i>Novolin ge NPH Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

INSULINE LISPRO

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL

02469901	<i>Admelog</i>	SanofiAven	10 ml	22,70	

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02469898	<i>Admelog</i>	SanofiAven	5	45,00	
02469871	<i>Admelog SoloSTAR</i>	SanofiAven	5	45,00	

Sol. Inj. S.C.

200 U/mL (3 mL)

02439611	<i>Humalog KwikPen</i>	Lilly	5	102,88	

INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL

00586714	<i>Humulin R</i>	Lilly	10 ml	17,12	
02024233	<i>Novolin ge Toronto</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

01959220	<i>Humulin R</i>	Lilly	5	35,50	
02415089	<i>Humulin R KwikPen</i>	Lilly	5	35,50	
02024284	<i>Novolin ge Toronto Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

Sol. Inj. S.C.

500 U/mL (3 mL)

02466864	<i>Entuzity KwikPen</i>	Lilly	2	71,00	

INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.

30 U -70 U/mL

00795879	<i>Humulin 30/70</i>	Lilly	10 ml	17,12	
02024217	<i>Novolin ge 30/70</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Susp. Inj. S.C.

30 U -70 U/mL (3 mL)

01959212	<i>Humulin 30/70</i>	Lilly	5	35,50	
02025248	<i>Novolin ge 30/70 Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:20.16

MÉGLITINIDES

RÉPAGLINIDE

Co.

0,5 mg **PPB**

02321475	<i>ACT Repaglinide</i>	Teva Can	100	8,08	R
02424258	<i>Auro-Repaglinide</i>	AuroPharma	100	8,08	➡ 0,0808
			1000	80,80	➡ 0,0808
02239924	<i>GlucNorm</i>	N.Nordisk	90	24,86	0,2762
			100	27,62	0,2762
02354926	<i>Jamp Repaglinide</i>	Jamp	100	8,08	➡ 0,0808
02415968	<i>Repaglinide</i>	Pro Doc	100	8,08	➡ 0,0808
02357453	<i>Sandoz Repaglinide</i>	Sandoz	100	8,08	➡ 0,0808

Co.

1 mg **PPB**

02321483	<i>ACT Repaglinide</i>	Teva Can	100	8,40	R
02424266	<i>Auro-Repaglinide</i>	AuroPharma	100	8,40	➡ 0,0840
			1000	84,00	➡ 0,0840
02239925	<i>GlucNorm</i>	N.Nordisk	90	25,87	0,2874
			100	28,74	0,2874
02354934	<i>Jamp Repaglinide</i>	Jamp	100	8,40	➡ 0,0840
02415976	<i>Repaglinide</i>	Pro Doc	100	8,40	➡ 0,0840
02357461	<i>Sandoz Repaglinide</i>	Sandoz	100	8,40	➡ 0,0840

Co.

2 mg **PPB**

02321491	<i>ACT Repaglinide</i>	Teva Can	100	8,73	R
02424274	<i>Auro-Repaglinide</i>	AuroPharma	100	8,73	➡ 0,0873
			1000	87,30	➡ 0,0873
02239926	<i>GlucNorm</i>	N.Nordisk	90	26,85	0,2983
			100	29,83	0,2983
02354942	<i>Jamp Repaglinide</i>	Jamp	100	8,73	➡ 0,0873
02415984	<i>Repaglinide</i>	Pro Doc	100	8,73	➡ 0,0873
02357488	<i>Sandoz Repaglinide</i>	Sandoz	100	8,73	➡ 0,0873

68:20.20

SULFONYLURÉES

GLICLAZIDE

Co.

80 mg **PPB**

02245247	<i>Apo-Gliclazide</i>	Apotex	100	9,31	➡ 0,0931
			500	46,55	➡ 0,0931
02287072	<i>Gliclazide</i>	Sanis	100	9,31	➡ 0,0931
02238103	<i>Teva-Gliclazide</i>	Teva Can	100	9,31	➡ 0,0931
			500	46,55	➡ 0,0931

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A.

30 mg **PPB**

02483300	<i>AG-Gliclazide MR</i>	Angita	60	5,59	➡ 0,0931
			100	9,31	➡ 0,0931
02297795	<i>Apo-Gliclazide MR</i>	Apotex	100	9,31	➡ 0,0931
02242987	<i>Diamicron MR</i>	Servier	60	8,43	0,1405
02524856	<i>Gliclazide MR</i>	Sanis	100	9,31	➡ 0,0931
02429764	<i>JAMP Gliclazide-MR</i>	Jamp	60	5,59	➡ 0,0931
			100	9,31	➡ 0,0931
02423286	<i>Mint-Gliclazide MR</i>	Mint	100	9,31	➡ 0,0931
02438658	<i>Mylan-Gliclazide MR</i>	Mylan	100	9,31	➡ 0,0931
02461323	<i>Sandoz Gliclazide MR</i>	Sandoz	60	5,59	➡ 0,0931
			100	9,31	➡ 0,0931
02463571	<i>Taro-Gliclazide MR</i>	Sun Pharma	100	9,31	➡ 0,0931

Co. L.A.

60 mg **PPB**

02483319	<i>AG-Gliclazide MR</i>	Angita	60	3,79	➡ 0,0632
			100	6,32	➡ 0,0632
02407124	<i>Apo-Gliclazide MR</i>	Apotex	100	6,32	➡ 0,0632
02356422	<i>Diamicron MR</i>	Servier	60	15,17	0,2528
02524864	<i>Gliclazide MR</i>	Sanis	100	6,32	➡ 0,0632
02429772	<i>JAMP Gliclazide-MR</i>	Jamp	60	3,79	➡ 0,0632
			100	6,32	➡ 0,0632
02423294	<i>Mint-Gliclazide MR</i>	Mint	100	6,32	➡ 0,0632
02461331	<i>Sandoz Gliclazide MR</i>	Sandoz	60	3,79	➡ 0,0632
			100	6,32	➡ 0,0632
02439328	<i>Taro-Gliclazide MR</i>	Sun Pharma	100	6,32	➡ 0,0632

GLYBURIDE

Co.

2,5 mg **PPB**

01913654	<i>Apo-Glyburide</i>	Apotex	100	3,21	➡ 0,0321
			500	16,03	➡ 0,0321
01913670	<i>Teva-Glyburide</i>	Teva Can	100	3,21	➡ 0,0321
			500	16,03	➡ 0,0321

Co.

5 mg **PPB**

01913662	<i>Apo-Glyburide</i>	Apotex	100	5,73	➡ 0,0573
			500	28,65	➡ 0,0573
02350467	<i>Glyburide</i>	Sanis	100	5,73	➡ 0,0573
			500	28,65	➡ 0,0573
01913689	<i>Teva-Glyburide</i>	Teva Can	100	5,73	➡ 0,0573
			500	28,65	➡ 0,0573

68:22.12

AGENTS GLYCOGÉNOLYTIQUES

GLUCAGON

Pd. Inj.

1 mg

02333619	<i>GlucaGen</i>	N. Nordisk	1	77,10	R
02333627	<i>GlucaGen HypoKit</i>	N. Nordisk	1	77,10	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pd. Nasale

3 mg

02492415	<i>Baqsimi</i>	Amphastar	1	131,60	

68:22.92

DIVERS ANTI-HYPOGLYCÉMIANTS

DIAZOXIDE

Caps.

100 mg

* 00503347	<i>Proglycem</i>	Merck	100	161,41	1,6141

68:24

AGENTS PARATHYROÏDIENS ET ANTIPARATHYROÏDIENS

CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE)

Sol. Inj.

200 U/mL

01926691	<i>Calcimar Solution</i>	SanofiAven	2 ml	46,04	

68:28

HYPOPHYSE

DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE)

Co. ou Co. Diss. Orale

0,1 mg ou 0,06 mg **PPB**

02284995	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	30	29,73	0,9910
02284030	<i>Desmopressin</i>	Apotex	100	33,03	➡ 0,3303
02304368	<i>pms-Desmopressin</i>	Phmscience	100	33,03	➡ 0,3303

Co. ou Co. Diss. Orale

0,2 mg ou 0,12 mg **PPB**

02285002	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	30	59,47	1,9823
02284049	<i>Desmopressin</i>	Apotex	100	66,07	➡ 0,6607
02304376	<i>pms-Desmopressin</i>	Phmscience	100	66,07	➡ 0,6607

Sol. Inj.

4 mcg/mL (1mL) **PPB**

02513579	<i>Bipazen</i>	KVR	10	90,00	➡ 9,0000
00873993	<i>DDAVP</i>	Ferring	10	100,60	10,0600

Vap. nasal

10 mcg/dose

02242465	<i>Desmopressin</i>	AA Pharma	25 dose(s) 50 dose(s)	35,40 70,80	

68:29.04

AGONISTES DE LA SOMATOSTATINE

LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE)

Sol. Inj. S.C. (ser)

60 mg/0,3 mL

* 02283395	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	1	1102,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)

90 mg/0,3 mL

* 02283409	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	1	1470,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)			120 mg/0,5 mL		
* 02283417	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	1	1840,00	

OCTRÉOTIDE (ACÉTATE D')

Sol. Inj.			50 mcg/mL PPB		
* 02248639	<i>Octréotide Acétate Oméga</i>	Oméga	1 ml	➡	4,01
* 00839191	<i>Sandostatin</i>	Novartis	1 ml		5,05

Sol. Inj.			100 mcg/mL PPB		
02248640	<i>Octréotide Acétate Oméga</i>	Oméga	1 ml	➡	5,04
02560240	<i>Octréotide Injection</i>	Sterimax	1 ml	➡	5,04
00839205	<i>Sandostatin</i>	Novartis	1 ml		9,54

Sol. Inj.			200 mcg/mL PPB		
02248642	<i>Octréotide Acétate Oméga</i>	Oméga	5 ml	➡	48,52
02560283	<i>Octréotide Injection</i>	Sterimax	5 ml	➡	48,52

Susp. Inj. I.M.			10 mg PPB		
* 02503751	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	1	➡	990,70
* 02239323	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1		1211,00

Susp. Inj. I.M.			20 mg PPB		
* 02503778	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	1	➡	1279,94
* 02239324	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1		1615,40

Susp. Inj. I.M.			30 mg PPB		
* 02503786	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	1	➡	1642,14
* 02239325	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1		2022,00

68:32 PROGESTATIFS DIÉNOGEST

Co.			2 mg PPB		
02493055	<i>Aspen-Dienogest</i>	Aspen	28	14,32 ➡	0,5115
02498189	<i>JAMP Dienogest</i>	Jamp	28	14,32 ➡	0,5115
02551683	<i>Mar-Dienogest</i>	Marcan	28	14,32 ➡	0,5115
02543613	<i>M-Dienogest</i>	Mantra Ph.	28	14,32 ➡	0,5115
02374900	<i>Visanne</i>	Bayer	28	55,00	1,9643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**MÉDROXYPROGESTÉRONNE (ACÉTATE DE) **

Co.				2,5 mg	
02244726	AA-Medroxy	AA Pharma	100	13,01	0,1301

Co.				5 mg PPB	
02244727	AA-Medroxy	AA Pharma	100	26,02	➡ 0,2602
* 00030937	Provera	Pfizer	100	26,25	R

Co.				10 mg	
02277298	AA-Medroxy	AA Pharma	100	56,49	0,5649

Co.				100 mg	
02267640	AA-Medroxy	AA Pharma	100	120,57	1,2057

Susp. Inj. I.M.				150 mg/mL (1 mL)	
02523493	Depo-Provera (seringue)	Pfizer	1	26,98	

**MÉGESTROL (ACÉTATE DE) **

Co.				40 mg	
02195917	Megestrol	AA Pharma	100	133,40	1,3340

**PROGESTÉRONNE **

Sol. Inj. Huil.				50 mg/mL	
02531828	Progestérone injectable	Hikma	10 ml	58,61	

**PROGESTÉRONNE MICRONISÉE **

Caps.				100 mg PPB	
02549158	ACH-Progesterone	Accord	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011
02493578	Auro-Progesterone	AuroPharma	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011
02551268	M-Progesterone	Mantra Ph.	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011
02476576	pms-Progesterone	Phmscience	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011
02516187	Progestérone	Sanis	100	30,11	➡ 0,3011
02166704	Prometrium	Organon	30	9,03	➡ 0,3011
02463113	Reddy-Progesterone	Dr Reddy's	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011
02439913	Teva-Progesterone	Teva Can	30	9,03	➡ 0,3011
			100	30,11	➡ 0,3011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			200 mg		
02480247	<i>pms-Progesterone</i>	Phmscience	30 100	37,17 123,91	1,2391 1,2391

68:36.04
AGENTS THYROÏDIENS
LÉVOTHYROXINE SODIQUE

Co.			25 mcg		
02550709	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	5,97 59,70	0,0597 0,0597
02172062	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	6,97 71,09	0,0774 0,0711

Co.			50 mcg		
02550717	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	2,74 27,40	0,0274 0,0274
02213192	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	13,70	0,0274
02172070	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	4,21 42,53	0,0468 0,0425

Co.			75 mcg		
02550725	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	6,46 64,60	0,0646 0,0646
02172089	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	7,52 76,75	0,0836 0,0768

Co.			88 mcg		
02550733	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	6,46 64,60	0,0646 0,0646
02172097	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	7,52 76,75	0,0836 0,0768

Co.			100 mcg		
02534681	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	3,36 33,60	0,0336 0,0336
02213206	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	16,82	0,0336
02172100	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	5,58 56,61	0,0620 0,0566

Co.			112 mcg		
02550741	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	6,82 68,20	0,0682 0,0682
02171228	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	7,96 81,04	0,0884 0,0810

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				125 mcg	
02550768	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	6,90	0,0690
			1000	69,00	0,0690
02172119	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,09	0,0899
			1000	82,41	0,0824

Co.				137 mcg	
02550776	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	13,35	0,1335
			1000	133,54	0,1335
02233852	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	14,14	0,1571
			1000	157,07	0,1571

Co.				150 mcg	
02550784	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	3,73	0,0373
			1000	37,30	0,0373
02213214	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	18,66	0,0373
02172127	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	5,99	0,0666
			1000	60,82	0,0608

Co.				175 mcg	
02550792	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	7,40	0,0740
			1000	74,00	0,0740
02172135	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,64	0,0960
			1000	88,06	0,0881

Co.				200 mcg	
02550806	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	3,95	0,0395
			1000	39,48	0,0395
02213222	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	19,74	0,0395
02172143	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	6,41	0,0712
			1000	64,81	0,0648

Co.				300 mcg	
02534703	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	7,97	0,0797
02172151	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,82	0,0980

LIOTHYRONINE SODIQUE

Co.				5 mcg	PPB	
02549999	<i>Auro-Liothyronine</i>	AuroPharma	100	68,16	➡	0,6816
01919458	<i>Cytomel</i>	Pfizer	100	122,74		1,2274
02494337	<i>Teva-Liothyronine</i>	Teva Can	100	68,16	➡	0,6816

Co.				25 mcg	PPB	
02550008	<i>Auro-Liothyronine</i>	AuroPharma	100	74,09	➡	0,7409
01919466	<i>Cytomel</i>	Pfizer	100	133,41		1,3341
02494345	<i>Teva-Liothyronine</i>	Teva Can	100	74,09	➡	0,7409

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

68:36.08

AGENTS ANTI-THYROÏDIENS

MÉTHIMAZOLE

Co.

5 mg **PPB**

02490625	<i>Jamp Methimazole</i>	Jamp	100	15,31	➡	0,1531
02480107	<i>Mar-Methimazole</i>	Marcan	100	15,31	➡	0,1531
00015741	<i>Tapazole</i>	Knight	100	24,73		0,2473

PROPYLTHIOURACILE

Co.

50 mg **PPB**

02521059	<i>Halycil</i>	Accelera	56	28,00	➡	0,5000
			100	50,00	➡	0,5000
02523019	<i>Propylthiouracile</i>	Phebra	100	50,00	➡	0,5000

80:00
ANTITOXINES, IMMUNOGLOBULINES, ANATOXINES,
VACCINS

80:02 **extrait allergénique**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

80:02

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS D')

Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
* 99101105	<i>Monovalent</i>	Allergo	1	325,00	
* 99101113	<i>Polyvalent</i>	Allergo	1	325,00	

Sol. Inj.			Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)		
* 99101106	<i>Monovalent</i>	Allergo	1	325,00	
* 99101114	<i>Polyvalent</i>	Allergo	1	325,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS NON NORMALISÉS ET NORMALISÉS D')

Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
* 99101124	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	1	325,00	

Sol. Inj.			Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)		
* 99101125	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	1	325,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS NORMALISÉS D')

Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
* 99113892	<i>Monovalent</i>	Stallergen	1	245,00	
* 02247757	<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101107	<i>Monovalent standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100062	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101109	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100063	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101111	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 02247754	<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99113896	<i>Polyvalent</i>	Stallergen	1	245,00	
* 99100067	<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99100068	<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 99100066	<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101118	<i>Polyvalent standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100064	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101120	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100065	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101122	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99101115	<i>Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)					
* 99113893	<i>Monovalent</i>	Stallergen	1	245,00	
* 99100074	<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101108	<i>Monovalent standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100061	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101110	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100073	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101112	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100075	<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99113895	<i>Polyvalent</i>	Stallergen	1	245,00	
* 99100079	<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99100080	<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 99100078	<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101117	<i>Polyvalent Pollens Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99101119	<i>Polyvalent standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100076	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101121	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
* 99100077	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
* 99101123	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	1	325,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)

Sol. Inj.		Doses d'entretien (5 mL)			
* 99101143	<i>Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101147	<i>Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101149	<i>Présaisonnier - Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101141	<i>Présaisonnier- Arbres</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101151	<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
* 99113924	<i>Présaisonnier Monovalent</i>	Stallergen	1	265,00	
* 99113932	<i>Présaisonnier Polyvalent</i>	Stallergen	1	265,00	
* 99101145	<i>Présaisonnier-Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
* 00889784	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 00889792	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861367	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861375	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj.

Doses d'entretien (10 mL)

* 99113934	<i>Perennial Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 99113925	<i>Perennial Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 99113928	<i>Présaisonnier Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 99113930	<i>Présaisonnier Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 00908614	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 00889814	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861332	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861359	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 5 mL)

* 99101144	<i>Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101148	<i>Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101150	<i>Présaisonnier - Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101142	<i>Présaisonnier- Arbres</i>	Allergo	1	265,00	
* 99101153	<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
* 99113923	<i>Présaisonnier Monovalent</i>	Stallergen	1	265,00	
* 99113931	<i>Présaisonnier Polyvalent</i>	Stallergen	1	265,00	
* 99101146	<i>Présaisonnier-Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
* 00889822	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 99000458	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861286	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861405	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 8 mL)

* 99113913	<i>Présaisonnier- Arbres</i>	Oméga	1	278,00	
* 99100625	<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Oméga	1	278,00	278,0000
* 99100083	<i>Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	
* 99100082	<i>Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	278,0000
* 99113914	<i>Présaisonnier- Graminés</i>	Oméga	1	278,00	
* 99113915	<i>Présaisonnier- Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)

* 99113921	<i>Perennial Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 99113926	<i>Perennial Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 99113927	<i>Présaisonnier Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 99113929	<i>Présaisonnier Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
* 00889849	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 00889857	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861308	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
* 00861316	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	

ALLERGÈNES(EXTRAITS AQUEUX D')

Sol. Inj.

Doses d'entretien (5 mL)

* 00861170	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	315,00	
* 99000415	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 00861189	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	315,00	

Sol. Inj.

Doses d'entretien (10 mL)

* 00861227	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	315,00	
* 99000431	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 00861251	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	315,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 5 mL)

* 00861073	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	315,00	
* 00889733	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 02247756	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	315,00	
* 00889741	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)

* 00861138	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	315,00	
* 00889768	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
* 00861162	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	315,00	
* 00889776	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	

PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj.

1,3 mg

* 99100017	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	1	634,40	
* 99100018	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	1	634,40	

Pd. Inj.

3,9 mg

* 99100026	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	1	1122,40	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				120 mcg	
* 99100270	<i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
* 99100278	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
* 99100279	<i>Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
* 99100280	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
* 01948911	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	ALK-Abello	6	105,00	17,5000
Pd. Inj.				360 mcg	
* 99100281	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	6	741,76	123,6267
Pd. Inj.				550 mcg	
* 99100266	<i>Frelon à tête blanche</i>	Oméga	1	450,88	
* 99100267	<i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	1	450,88	
* 99100268	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	1	450,88	
* 99100269	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	1	450,88	
* 99100282	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	450,88	
Pd. Inj.				1 650 mcg	
* 99100284	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	1	797,79	
VENINS D'HYMÉNOPTÈRES					
Pd. Inj.				1,3 mg	
* 99100021	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	634,40	
Pd. Inj.				120 mcg	
* 00541435	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333

84:00

AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

84:04 anti-infectieux

84:04.04 antibactériens

84:04.08 antifongiques

84:04.12 scabicides et pédiculicides

84:04.92 anti-infectieux locaux, divers

84:06 agents anti-inflammatoires

84:28 agents kératolytiques

84:92 agents de la peau et des muqueuses, divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

84:04

ANTI-INFECTIEUX

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)/ ADAPALÈNE/ PEROXYDE DE BENZOYLE

Gel Top.

1,2% - 0,15% - 3,1%

02550423	<i>Cabtreo</i>	Bausch H.	50 g	147,42	

84:04.04

ANTIBACTÉRIENS

BACITRACINE

Pom. Top.

500 U/g

02351714	<i>Bacitracin</i>	Jamp	450 g	44,72	0,0994

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)

Sol. Top.

1 %

02266938	<i>Taro-Clindamycin</i>	Taro	30 ml 60 ml	12,93 25,87	

FUSIDATE DE SODIUM

Pom. Top.

2 %

00586676	<i>Fucidin</i>	Leo	30 g	17,78	0,5927

FUSIDIQUE (ACIDE)

Cr. Top.

2 % PPB

00586668	<i>Fucidin</i>	Leo	30 g	17,78	0,5927
02528096	<i>Taro-Fusidic Acid</i>	Taro	30 g	17,03 ➡	0,5676

MÉTRONIDAZOLE

Cr. Top.

1 %

02156091	<i>Noritate</i>	Bausch H.	45 g	24,03	0,5340

Gel Top.

1 %

02297809	<i>Metrogel</i>	Galderma	55 g	33,00	0,6000

MUPIROCINE

Pom. Top.

2 %

* 02279983	<i>Taro-Mupirocin</i>	Taro	15 g 30 g	7,60 15,21	0,5069 0,5069

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC

Pom. Top.

 10 000 U -500 U/g **PPB**

00621366	<i>Bioderm</i>	Odan	15 g	5,04 ➡	0,3360
			30 g	10,08 ➡	0,3360
02357569	<i>Jampolycin</i>	Jamp	15 g	5,04 ➡	0,3360

84:04.08
ANTIFONGIQUES
CICLOPIROX OLAMINE

Cr. Top.

1 %

02221802	<i>Loprox</i>	Bausch H.	60 g	18,10	0,3017

Lot.

1 %

02221810	<i>Loprox</i>	Bausch H.	60 ml	18,13	

CLOTRIMAZOLE

Cr. Top.

10 mg/g

00812382	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	20 g	6,13	0,3065
			30 g	7,41	0,2470
			50 g	11,17	0,2234
			500 g	111,65	0,2233

Cr. Vag. (App.)

1 %

00812366	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	50 g	9,06	

Cr. Vag. (App.)

2 %

00812374	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	25 g	9,06	

KÉTOCONAZOLE

Cr. Top.

2 %

02245662	<i>Ketoderm</i>	Taro	30 g	9,50	0,3167

NYSTATINE

Cr. Top.

100 000 U/g

00716871	<i>Nyaderm</i>	Taro	454 g	28,60	0,0630

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)

Cr. Top.

1 %

02031094	<i>Lamisil</i>	Novartis	30 g	14,83	0,4943

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Vap. top.				1 %	
02238703	<i>Lamisil</i>	Novartis	30 ml	14,65	

TERCONAZOLE

Cr. Vag. (App.)

				0,4 %	
02247651	<i>Taro-Terconazole</i>	Taro	45 g	28,59	

84:04.12

SCABICIDES ET PÉDICULICIDES

DIMÉTHICONE

Sol.

				50% P/P	
02373785	<i>Nyda</i>	Medexus	50 ml	22,42	

ISOPROPYLE (MYRISTATE D')

Sol. Top.

				50 %	
02279592	<i>Resultz</i>	Aralez	120 ml 240 ml	11,50 22,42	

PERMÉTHRINE

Après-Shamp.

				1 %	
02231480	<i>Kwellada-P Crème rinse</i>	Medtech	50 ml 200 ml	8,75 34,97	

Cr. Top.

				5 %	
02219905	<i>Nix</i>	Haleon	30 g	14,04	0,4680

Lot.

				5 %	
02231348	<i>Kwellada-P Lotion</i>	Medtech	100 ml	50,53	

PYRÉTHRINES/ BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE

Shamp.

				0,33 % -3 % à 4 %	
02125447	<i>R & C Shampoo with conditioner</i>	Medtech	50 ml 200 ml	5,55 22,19	

84:04.92

ANTI-INFECTIEUX LOCAUX, DIVERS

SULFADIAZINE D'ARGENT

Cr. Top.

				1 %	
00323098	<i>Flamazine</i>	S. & N.	20 g 50 g 500 g	4,86 10,96 66,01	0,2430 0,2192 0,1320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

84:06

AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

AMCINONIDE

Cr. Top.

0,1 %

02246714	<i>Taro-Amcinonide</i>	Taro	30 g 60 g	5,73 11,45	0,1910 0,1908

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Cr. Top.

0,025 %

02089602	<i>Propaderm</i>	Bausch H.	45 g 120 g	19,13 51,01	0,4251 0,4251

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Cr. Top.

0,05 % **PPB**

00323071	<i>Diprosone</i>	Organon	50 g	10,23 ➡	0,2046
01925350	<i>Taro-Sone</i>	Taro	50 g	10,23 ➡	0,2046
00804991	<i>Teva-Topisone</i>	Teva Can	15 g 50 g	3,07 ➡ 10,23 ➡	0,2046 0,2046

Lot.

0,05 % **PPB**

00417246	<i>Diprosone</i>	Organon	75 ml ➡	14,85	
00809187	<i>Teva-Topisone</i>	Teva Can	30 ml 75 ml	5,94 14,85	R R

Pom. Top.

0,05 % **PPB**

00344923	<i>Diprosone</i>	Organon	50 g	10,76 ➡	0,2152
00805009	<i>Teva-Topisone</i>	Teva Can	15 g 50 g 450 g	3,23 ➡ 10,76 ➡ 96,84 ➡	0,2152 0,2152 0,2152

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ BASE PROPYLÈNEGLYCOL

Cr. Top.

0,05 %

00849650	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	15 g 50 g	7,78 25,93	0,5186 0,5186

Lot.

0,05 %

01927914	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	60 ml	16,18	

Pom. Top.

0,05 % **PPB**

00629367	<i>Diprolène</i>	Organon	50 g	25,93 ➡	0,5186
00849669	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	15 g 50 g	7,78 ➡ 25,93 ➡	0,5186 0,5186

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ SALICYLIQUE (ACIDE)

Pom. Top.

0,05 % -3 %

00578436	<i>Diprosalic Pommade</i>	Organon	50 g	34,96	0,6992

BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE)

Cr. Top.

 0,05 % **PPB**

00716618	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	27,06 ➡	0,0596
00535427	<i>Teva-Ectosone</i>	Teva Can	450 g	26,82 ➡	0,0596

Cr. Top.

 0,1 % **PPB**

00716626	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	40,36 ➡	0,0889
00535435	<i>Teva-Ectosone</i>	Teva Can	450 g	40,01 ➡	0,0889

Lot.

0,05 %

00653209	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	11,40	

Lot.

0,1 %

00750050	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	15,00	

Lot. Cap.

0,1 %

00716634	<i>Bétaderm</i>	Taro	75 ml	9,53	

Pom. Top.

0,05 %

00716642	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	27,06	0,0596

Pom. Top.

0,1 %

00716650	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	40,36	0,0889

BUDÉSONIDE

Mousse rect.(app.)

2 mg/dose

02498057	<i>Uceris</i>	Bausch H.	28 dose(s)	199,92	7,1400

Sol. Rect.

0,02 mg/mL (115 mL)

* 02052431	<i>Entocort En Lavement</i>	Tillotts	7	77,43	11,0614

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)

Cr. Top.

 0,05 % **PPB**

02213265	<i>Dermovate</i>	Taro	50 g	32,56	0,6512
02024187	<i>Mylan-Clobétasol</i>	Mylan	50 g	11,40 ➡	0,2279
02245523	<i>Taro-Clobetasol</i>	Taro	15 g	3,42 ➡	0,2279
			50 g	11,40 ➡	0,2279
			454 g	103,47 ➡	0,2279
01910272	<i>Teva-Clobetasol</i>	Teva Can	15 g	3,42 ➡	0,2279
			50 g	11,40 ➡	0,2279
			450 g	102,56 ➡	0,2279

Lot. Cap.

 0,05 % **PPB**

02213281	<i>Dermovate Capillaire</i>	Taro	60 ml	34,11	
02216213	<i>Mylan-Clobétasol</i>	Mylan	60 ml ➡	23,98	
02245522	<i>Taro-Clobetasol</i>	Taro	60 ml ➡	23,98	

Pom. Top.

 0,05 % **PPB**

02213273	<i>Dermovate</i>	Taro	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
02026767	<i>Mylan-Clobétasol</i>	Mylan	50 g	11,40 ➡	0,2279
02245524	<i>Taro-Clobetasol</i>	Taro	15 g	3,42 ➡	0,2279
			50 g	11,40 ➡	0,2279
			454 g	103,47 ➡	0,2279
01910280	<i>Teva-Clobetasol</i>	Teva Can	15 g	3,42 ➡	0,2279
			50 g	11,40 ➡	0,2279
			450 g	102,56 ➡	0,2279

CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)

Cr. Top.

0,05 %

02214415	<i>Spectro Eczemacare medicated cream</i>	Haleon	30 g	11,45	0,3817

DÉSONIDE

Cr. Top.

0,05 %

02229315	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	60 g	15,66	0,2610

Pom. Top.

0,05 %

02229323	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	60 g	15,66	0,2610

DÉSOXIMÉTASONE

Cr. Top. (Emol.)

0,05 %

02221918	<i>Topicort Doux</i>	Bausch H.	20 g	9,08	0,4540
			60 g	22,97	0,3828

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Cr. Top. (Emol.)				0,25 %	
02221896	<i>Topicort</i>	Bausch H.	20 g 60 g	13,08 34,59	0,6540 0,5765
Gel Top.				0,05 %	
02221926	<i>Topicort</i>	Bausch H.	60 g	26,82	0,4470
Pom. Top.				0,25 %	
02221934	<i>Topicort</i>	Bausch H.	60 g	34,59	0,5765
FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 					
Huile Top.				0,01 %	
00873292	<i>Derma-Smoother/FS</i>	Hill	118 ml	29,15	
Pom. Top.				0,025 %	
02162512	<i>Synalar Régulier</i>	Bausch H.	60 g	25,85	0,4308
FLUOCINONIDE 					
Cr. Top.				0,05 % PPB	
02161923	<i>Lidex Crème</i>	Bausch H.	60 g 400 g	14,27 95,12	➡ 0,2378 ➡ 0,2378
00716863	<i>Lyderm</i>	Taro	15 g 60 g 400 g	3,57 14,27 95,12	➡ 0,2378 ➡ 0,2378 ➡ 0,2378
Cr. Top. (Emol.)				0,05 % PPB	
02163152	<i>Lidéamol Crème Émollient</i>	Bausch H.	30 g 100 g	5,94 19,80	➡ 0,1980 ➡ 0,1980
00598933	<i>Tiamol</i>	Taro	25 g 100 g	4,95 19,80	➡ 0,1980 ➡ 0,1980
Gel Top.				0,05 %	
02236997	<i>Lyderm</i>	Taro	60 g	18,45	0,3075
Pom. Top.				0,05 % PPB	
02161966	<i>Lidex Onguent</i>	Bausch H.	60 g	18,21	➡ 0,3035
02236996	<i>Lyderm</i>	Taro	60 g	18,21	➡ 0,3035
HALOBÉTASOL (PROPIONATE D') 					
Lot.				0,01 %	
02506262	<i>Bryhali</i>	Bausch H.	60 g	58,90	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HYDROCORTISONE

Cr. Top.

1 % PPB

80078409	<i>Alta-HC 1 %</i>	Altamed	15 g	1,48	➡	0,0987
			30 g	4,50	➡	0,1500
80073687 02412926	<i>Cell Hydrocortisone</i> <i>Euro-Hydrocortisone</i>	Sandoz	15 g	1,48	➡	0,0987
			15 g	3,00		0,2000
			30 g	4,50	➡	0,1500
			45 g	4,45		0,0989
80057189	<i>Jamp-Hydrocortisone</i> <i>Cream 1 %</i>	Jamp	454 g	39,00	➡	0,0859
			30 g	4,50	➡	0,1500
			45 g	4,45	➡	0,0988
			454 g	39,00	➡	0,0859
80066164	<i>M-HC 1%</i>	Mantra Ph.	45 g	4,45	➡	0,0988
			454 g	39,00	➡	0,0859
80066167	<i>M-HC 1% Protection</i>	Mantra Ph.	30 g	4,50	➡	0,1500

HYDROCORTISONE

Cr. Top.

2,5 %

02469421	<i>Sandoz Hydrocortisone</i>	Sandoz	45 g	14,95		0,3322
			225 g	74,75		0,3322

HYDROCORTISONE

Lot.

1 % PPB

80057191	<i>Jamp-Hydrocortisone Lotion</i> <i>1 %</i>	Jamp	60 ml	➡	7,15	
			150 ml	➡	17,87	
80066168	<i>M-HC 1% lotion</i>	Mantra Ph.	60 ml	➡	7,15	

Pom. Top.

1 % PPB

00716693	<i>Cortoderm</i>	Taro	454 g	17,70	➡	0,0390
80057193	<i>Jamp-Hydrocortisone 1%</i>	Jamp	454 g	17,70	➡	0,0390

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Cr. Top.

1 % PPB

00716839	<i>Hyderm</i>	Taro	15 g	3,20		0,2133
			500 g	18,20	➡	0,0364
80057178	<i>Jamp-HC Crème 1%</i>	Jamp	15 g	2,09	➡	0,1392
			500 g	18,20	➡	0,0364
80066165	<i>M-HC Acetate 1%</i>	Mantra Ph.	15 g	2,09	➡	0,1392
			500 g	18,20	➡	0,0364

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Pom. Rect. (App.)		0,5 % à 0,75 % PPB			
02128446	Anodan-HC	Odan	15 g	5,78 ➡	0,3850
			30 g	11,55 ➡	0,3850
02387239	JampZinc - HC	Jamp	15 g	5,78 ➡	0,3850
			30 g	11,55 ➡	0,3850

Supp.		10 mg			
02236399	Anodan-HC	Odan	12	11,41	0,9506
			24	22,81	0,9506

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')/ URÉE

Cr. Top.		1 % -10 % PPB			
00681989	Dermaflex HC	Paladin	120 g	14,77	0,1231
			225 g	27,70	0,1231
80061501	Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Cream	Jamp	120 g	10,98 ➡	0,0915
			225 g	20,59 ➡	0,0915
80073645	M-HC 1% Urea 10% cream	Mantra Ph.	120 g	10,98 ➡	0,0915

Lot.		1 % -10 % PPB			
00681997	Dermaflex HC	Paladin	150 ml	➡ 12,75	
80061502	Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Lotion	Jamp	150 ml	➡ 12,75	

MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Cr. Top.		0,1 % PPB			
00851744	Elocom	Organon	15 g	9,45	0,6300
			50 g	29,80	0,5960
02367157	Taro-Mométasone	Taro	15 g	7,89 ➡	0,5260
			50 g	26,31 ➡	0,5262

Lot.		0,1 % PPB			
00871095	Elocom	Organon	75 ml	➡ 32,09	
02266385	Taro-Mometasone Lotion	Taro	30 ml	➡ 9,37	
			75 ml	➡ 23,43	

Pom. Top.		0,1 % PPB			
00851736	Elocom	Organon	50 g	28,77	0,5754
02248130	Teva-Mométasone	Teva Can	15 g	3,38 ➡	0,2252
			50 g	11,26 ➡	0,2252

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Cr. Top.

0,1 % **PPB**

02194058	<i>Aristocort R</i>	Bausch H.	30 g	3,90	➡ 0,1300
			500 g	26,65	➡ 0,0533
00716960	<i>Triaderm</i>	Taro	500 g	25,32	➡ 0,0506

Cr. Top.

0,5 %

02194066	<i>Aristocort C</i>	Bausch H.	15 g	17,28	1,1520
			50 g	57,60	1,1520

Pom. Top.

0,1 %

02194031	<i>Aristocort R</i>	Bausch H.	30 g	3,90	0,1300

Pom. Top. (Orale)

0,1 %

01964054	<i>Oracort</i>	Taro	7,5 g	11,61	

84:28

AGENTS KÉRATOLYTIQUES

URÉE

Cr. Top.

20 % et 22 % **PPB**

80079885	<i>Crème à l'urée</i>	Cellchem	50 g	2,40	➡ 0,0479
80023775	<i>JamUrea 20</i>	Jamp	225 g	10,78	➡ 0,0479
80079151	<i>M-Urea 20</i>	Mantra Ph.	100 g	4,79	➡ 0,0479
			225 g	10,78	➡ 0,0479
00396125	<i>Urisec</i>	Odan	120 g	5,75	➡ 0,0479
			225 g	11,69	➡ 0,0520
			454 g	21,75	➡ 0,0479

84:92

AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES, DIVERS

ACITRÉTINE

Caps.

10 mg **PPB**

02468840	<i>Mint-Acitrelin</i>	Mint	30	38,90	➡ 1,2965
02070847	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	38,90	➡ 1,2965
02466074	<i>Taro-Acitrelin</i>	Taro	30	38,90	➡ 1,2965

Caps.

25 mg **PPB**

02468859	<i>Mint-Acitrelin</i>	Mint	30	68,31	➡ 2,2770
02070863	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	68,31	➡ 2,2770
02466082	<i>Taro-Acitrelin</i>	Taro	30	68,31	➡ 2,2770

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CALCIPOTRIOL

Pom. Top.

				50 mcg/g	
01976133	<i>Dovonex</i>	Leo	100 g	73,37	0,7337
			120 g	88,04	0,7337

CALCITRIOL

Pom. Top.

				3 mcg/g	
02338572	<i>Silkis</i>	Galderma	60 g	40,80	0,6800

FLUOROURACILE

Cr. Top.

				5 %	
00330582	<i>Efudex</i>	Bausch H.	40 g	32,00	0,8000

GEL HYDROCOLLOIDAL

Gel Top.

00921084	<i>DuoDERM Gel</i>	Convatec	30 g	6,64	0,2213

HYDROGEL

Gel Top.

99100795	<i>Cutimed Gel</i>	BSN Med	15 g	2,95	0,1967
			25 g	3,93	0,1572
99100365	<i>Nu-Gel</i>	3M	15 g	3,80	0,2533
			25 g	5,51	0,2203
99100152	<i>Purilon Gel</i>	Coloplast	8 g	2,25	0,2813
			15 g	3,15	0,2100
99100300	<i>Woun'dres</i>	Coloplast	28 g	3,70	R
			84 g	8,98	R

ISOTRÉTINOÏNE

Caps.

				10 mg	PPB
00582344	<i>Accutane 10</i>	Roche	30	27,94	➡ 0,9313
02257955	<i>Clarus</i>	Mylan	30	27,94	➡ 0,9313

Caps.

				40 mg	PPB
00582352	<i>Accutane 40</i>	Roche	30	57,01	➡ 1,9003
02257963	<i>Clarus</i>	Mylan	30	57,01	➡ 1,9003

PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE

Gel Top.

				20 % -3 %	
00907936	<i>Intrasite</i>	S. & N.	8 g	2,73	0,3413
			15 g	3,70	0,2467
			25 g	5,74	0,2296

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ZINC (OXYDE DE)

Band.

7,5 cm X 6 m

01907603	<i>Viscopaste PB7</i>	S. & N.	1	8,80	

86:00

AGENTS RELAXANT DES MUSCLES LISSES

- 86:12** relaxants muscles lisses syst.
génito-urinaire
- 86:16** relaxants muscles lisses voies
respiratoires

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

86:12

RELAXANTS MUSCLES LISSES SYST. GÉNITO-URINAIRE

OXYBUTYNINE (CHLORURE D')

Co.

				2,5 mg	
02240549	<i>pms-Oxybutynin</i>	Phmscience	100	13,72	0,1372

Co.

				5 mg	PPB	
02163543	<i>Apo-Oxybutynin</i>	Apotex	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986
02240550	<i>pms-Oxybutynin</i>	Phmscience	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986
02299364	<i>Riva-Oxybutynin</i>	Riva	100	9,86	➡	0,0986
			500	49,30	➡	0,0986
02230394	<i>Teva-Oxybutynin</i>	Teva Can	100	9,86		R
			500	49,30		R

PROPIVÉRINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				5 mg	
02460289	<i>Mictoryl Pédiatrique²¹</i>	Duchesnay	28	10,36	0,3700

SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE)

Co.

				5 mg	PPB	
02439344	<i>ACH-Solifenacin Succinate</i>	Accord	30	9,12	➡	0,3041
02446375	<i>Auro-Solifenacin</i>	AuroPharma	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02516519	<i>Bio-Solifenacin</i>	Biomed	30	9,12	➡	0,3041
02428911	<i>JAMP Solifenacin Succinate</i>	Jamp	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02424339	<i>Jamp-Solifenacin</i>	Jamp	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02529696	<i>M-Solifenacin Succinate</i>	Mantra Ph.	30	9,12	➡	0,3041
02417723	<i>pms-Solifenacin</i>	Phmscience	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02493039	<i>PRZ-Solifenacin</i>	Pharmaris	90	27,37	➡	0,3041
02399032	<i>Sandoz Solifenacin</i>	Sandoz	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02458144	<i>Solifenacin</i>	Pro Doc	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02458241	<i>Solifenacin</i>	Sanis	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02437988	<i>Taro-Solifenacin</i>	Sun Pharma	100	30,41	➡	0,3041
			500	152,05	➡	0,3041
02397900	<i>Teva-Solifenacin</i>	Teva Can	30	9,12	➡	0,3041
			100	30,41	➡	0,3041
02277263	<i>Vesicare</i>	Astellas	30	45,00		1,5000
			90	135,00		1,5000

²¹ Le remboursement de ce produit est autorisé pour les personnes de moins de 18 ans.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

10 mg **PPB**

02439352	<i>ACH-Solifenacin Succinate</i>	Accord	30	9,12	➡ 0,3041
02446383	<i>Auro-Solifenacin</i>	AuroPharma	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02516527	<i>Bio-Solifenacin</i>	Biomed	30	9,12	➡ 0,3041
02428938	<i>JAMP Solifenacin Succinate</i>	Jamp	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02424347	<i>Jamp-Solifenacin</i>	Jamp	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02529718	<i>M-Solifenacin Succinate</i>	Mantra Ph.	30	9,12	➡ 0,3041
02417731	<i>pms-Solifenacin</i>	Phmscience	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02493047	<i>PRZ-Solifenacin</i>	Pharmaris	90	27,37	➡ 0,3041
02399040	<i>Sandoz Solifenacin</i>	Sandoz	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02458152	<i>Solifenacin</i>	Pro Doc	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02458268	<i>Solifenacin</i>	Sanis	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02437996	<i>Taro-Solifenacin</i>	Sun Pharma	100	30,41	➡ 0,3041
			500	152,05	➡ 0,3041
02397919	<i>Teva-Solifenacin</i>	Teva Can	30	9,12	➡ 0,3041
			100	30,41	➡ 0,3041
02277271	<i>Vesicare</i>	Astellas	30	45,00	1,5000
			90	135,00	1,5000

TOLTÉRODINE (L-TARTRATE DE)

Caps. L.A.

2 mg **PPB**

02244612	<i>Detrol LA</i>	BGP Pharma	30	56,76	1,8920
			90	170,28	1,8920
02413140	<i>Sandoz Tolterodine LA</i>	Sandoz	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910
02412195	<i>Teva-Tolterodine LA</i>	Teva Can	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910

Caps. L.A.

4 mg **PPB**

02244613	<i>Detrol LA</i>	BGP Pharma	30	56,76	1,8920
			90	170,28	1,8920
02413159	<i>Sandoz Tolterodine LA</i>	Sandoz	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910
02412209	<i>Teva-Tolterodine LA</i>	Teva Can	30	14,73	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910

Co.

1 mg **PPB**

02239064	<i>Detrol</i>	BGP Pharma	60	56,76	0,9460
02496836	<i>Jamp Tolterodine</i>	Jamp	60	29,46	➡ 0,4910
			100	49,10	➡ 0,4910
02423308	<i>Mint-Tolterodine</i>	Mint	100	49,10	➡ 0,4910

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg PPB	
02239065	<i>Detrol</i>	BGP Pharma	60	56,76	0,9460
02496844	<i>Jamp Tolterodine</i>	Jamp	60	29,46 ➡	0,4910
			100	49,10 ➡	0,4910
02423316	<i>Mint-Tolterodine</i>	Mint	100	49,10 ➡	0,4910

86:16
RELAXANTS MUSCLES LISSES VOIES RESPIRATOIRES
THÉOPHYLLINE

Co. L.A.				100 mg	
00692689	<i>Theo LA</i>	AA Pharma	100	16,24	0,1624

Co. L.A.				200 mg	
00692697	<i>Theo LA</i>	AA Pharma	100	18,05	0,1805

Co. L.A.				400 mg	
02360101	<i>Theo ER</i>	AA Pharma	100	33,62	0,3362

Co. L.A.				600 mg	
02360128	<i>Theo ER</i>	AA Pharma	100	40,72	0,4072

Elix.				80 mg/15 mL	
00627410	<i>Théophylline</i>	Atlas	500 ml	1,76	0,0035

88:00
VITAMINES

88:08	complexe de vitamine b
88:16	vitamine d
88:24	activité de vitamine k
88:28	préparations multivitaminées

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

88:08
COMPLEXE DE VITAMINE B
CYANOCOBALAMINE

Sol. Inj.				1 mg/mL	PPB	
01987003	Cyanocobalamine	Sterimax	10 ml	➡	2,78	
02413795	Cyanocobalamine Injectable, USP	Mylan	10 ml	➡	2,78	
02465507	Injection de cyanocobalamine	Hikma	10 ml	➡	2,78	
02420147	Jamp-Cyanocobalamin	Jamp	10 ml	➡	2,78	
00521515	Vitamine B 12	Sandoz	10 ml		3,06	

FOLIQUE (ACIDE)

Co.				1 mg		
* 80053274	Jamp-Folic Acid	Jamp	500	7,70		0,0154

**FOLIQUE (ACIDE) **

Co.				5 mg		
02366061	Jamp-Acide Folique	Jamp	1000	36,80		0,0368

FOLIQUE (ACIDE)

Sol. Inj.				5 mg/mL		
02139480	Acide folique injectable, USP	Fresenius	10 ml	16,40		

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				25 mg	PPB	
80002890	Jamp Vitamine B6	Jamp	1000	18,30	➡	0,0183
80056458	M-B6 25 mg	Mantra Ph.	500	9,15	➡	0,0183
80049803	Opus Vitamine B6	Opus	500	9,15	➡	0,0183
			1000	18,30	➡	0,0183

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				50 mg	PPB	
80009633	Jamp-Vitamine B1	Jamp	500	35,00	➡	0,0700
80054199	M-B1 50 mg	Mantra Ph.	500	35,00	➡	0,0700
80049777	Opus Vitamine B1	Opus	500	35,00	➡	0,0700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

100 mg **PPB**

80106545	<i>AG-Vitamine B1</i>	Angita	500	63,00	➡ 0,1260
80009588	<i>Jamp-Vitamine B1</i>	Jamp	500	63,00	➡ 0,1260
80054205	<i>M-B1 100 mg</i>	Mantra Ph.	500	63,00	➡ 0,1260
80049780	<i>Opus Vitamine B1</i>	Opus	500	63,00	➡ 0,1260

Sol. Inj.

100 mg/mL

02193221	<i>Thiamiject</i>	Oméga	10 ml	11,88	

88:16

VITAMINE D

ALFACALCIDOL 

Caps.

0,25 mcg **PPB**

00474517	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	100	42,45	
02533316	<i>Sandoz Alfacalcidol</i>	Sandoz	100	31,84	➡ 0,3184

Caps.

1 mcg **PPB**

00474525	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	100	127,07	
02533324	<i>Sandoz Alfacalcidol</i>	Sandoz	100	95,30	➡ 0,9530

Sol. Inj. I.V.

2 mcg/mL

02242502	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	0,5 ml 1 ml	7,99 15,98	

Sol. Orale

2 mcg/mL

02240329	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	20 ml	99,66	4,9830

CALCITRIOL 

Caps.

0,25 mcg **PPB**

02431637	<i>Calcitriol-Odan</i>	Odan	100	23,41	➡ 0,2341
02495899	<i>pms-Calcitriol</i>	Phmscience	100	23,41	➡ 0,2341
00481823	<i>Rocaltrol</i>	Search Phm	100	69,60	0,6960
02485710	<i>Taro-Calcitriol</i>	Taro	90	21,07	➡ 0,2341

Caps.

0,50 mcg **PPB**

02431645	<i>Calcitriol-Odan</i>	Odan	100	37,23	➡ 0,3723
02495902	<i>pms-Calcitriol</i>	Phmscience	100	37,23	➡ 0,3723
00481815	<i>Rocaltrol</i>	Search Phm	100	110,69	1,1069
02485729	<i>Taro-Calcitriol</i>	Taro	90	33,51	➡ 0,3723

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CHOLÉCALCIFÉROL

Caps.

2 000 UI **PPB**

02442256	<i>Luxa-D</i>	Orimed	100	6,93	➡ 0,0693
80110453	<i>Vitamine D 2000 UI</i>	Angita	100	6,93	➡ 0,0693

Co. ou Caps.

10 000 UI **PPB**

02498944	<i>AG-Vitamin D</i>	Angita	60	12,60	➡ 0,2100
			250	52,50	➡ 0,2100
00821772	<i>D-Tabs</i>	Riva	60	12,60	➡ 0,2100
			250	52,50	➡ 0,2100
02253178	<i>Euro D 10 000</i>	Sandoz	60	12,60	➡ 0,2100
02379007	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	60	12,60	➡ 0,2100
			250	52,50	➡ 0,2100
02449099	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	100	21,00	➡ 0,2100
02417685	<i>Vidextra</i>	Orimed	60	12,60	➡ 0,2100
02417995	<i>Vitamine D 10 000</i>	Pro Doc	60	12,60	➡ 0,2100
			250	52,50	➡ 0,2100
02546876	<i>Vitamine D3</i>	Jamp	60	12,60	➡ 0,2100
			250	52,50	➡ 0,2100

ERGOCALCIFÉROL

Caps.

50 000 U

02237450	<i>D-Forte</i>	Sandoz	100	19,86	0,1986

Sol. Orale

8 288 UI/mL

80020776	<i>Jamp-D2-Dol</i>	Jamp	60 ml	12,80	

VITAMINE D

Caps.

800 UI **PPB**

80007769	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	500	30,00	➡ 0,0600
80039160	<i>Opus D-800</i>	Opus	500	30,00	➡ 0,0600

Caps. ou Co.

1 000 UI **PPB**

80089250	<i>Bio-Vitamine D3</i>	Biomed	500	35,00	➡ 0,0700
80007766	<i>D-Gel-1000</i>	Jamp	500	35,00	➡ 0,0700
80003707	<i>Euro-D 1000</i>	Sandoz	500	35,00	➡ 0,0700
80055204	<i>M-D1000 Gel</i>	Mantra Ph.	500	35,00	➡ 0,0700
80120939	<i>NORA D-1000</i>	Nora	500	35,00	➡ 0,0700
80027592	<i>Opus D-1000</i>	Opus	500	35,00	➡ 0,0700
80051562	<i>Riva-D 1000</i>	Riva	500	35,00	➡ 0,0700
80106651	<i>Riva-D Gelcaps 1000</i>	Riva	500	35,00	➡ 0,0700
80063899	<i>Vit D 1000 gel</i>	Altamed	500	35,00	➡ 0,0700
80068574	<i>Vitamin D3 Softgel</i>	Cellchem	100	7,00	➡ 0,0700
80100940	<i>Vitamine D 1000</i>	Angita	500	35,00	➡ 0,0700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. ou Caps.

400 UI **PPB**

80090840	<i>Bio-Vitamine D3 400</i>	Biomed	500	15,00	➡ 0,0300
80006629	<i>Jamp-Vitamine D (Caps.)</i>	Jamp	500	15,00	➡ 0,0300
02240624	<i>Jamp-Vitamine D (Co.)</i>	Jamp	500	15,00	➡ 0,0300
80055196	<i>M-D400 Gel</i>	Mantra Ph.	500	15,00	➡ 0,0300
80120940	<i>NORA D-400</i>	Nora	500	15,00	➡ 0,0300
80039163	<i>Opus D-400</i>	Opus	500	15,00	➡ 0,0300
80005560	<i>Riva-D</i>	Riva	100	3,00	➡ 0,0300
			500	15,00	➡ 0,0300
80105615	<i>Riva-D Gelcaps 400</i>	Riva	500	15,00	➡ 0,0300
80063895	<i>Vit D 400 gel</i>	Altamed	500	15,00	➡ 0,0300
80100936	<i>Vitamine D 400 IU</i>	Angita	500	15,00	➡ 0,0300

Sol. Orale

400 UI/dose **PPB**

80003038	<i>D3-POM</i>	Jamp	50 dose(s)	➡ 3,49	
00762881	<i>D-VI-SOL</i>	M.J.	50 dose(s)	5,50	
80019649	<i>Jamp-D3-Dol</i>	Jamp	90 dose(s)	➡ 6,29	
80082751	<i>M-D400 Gouttes</i>	Mantra Ph.	90 dose(s)	➡ 6,29	
80004595	<i>PediaVIT D</i>	Exzell	50 dose(s)	➡ 3,49	
80077066	<i>Pediavit Vitamine D3</i>	Exzell	60 dose(s)	➡ 4,19	

88:24

ACTIVITÉ DE VITAMINE K

PHYTONADIONE 

Sol. Inj. I.M.

2 mg/mL

00781878	<i>Vitamine K 1</i>	Sandoz	0,5 ml	5,30	

Sol. Inj. I.M.

10 mg/mL

00804312	<i>Vitamine K 1</i>	Sandoz	1 ml	6,00	

88:28

PRÉPARATIONS MULTIVITAMINÉES

VITAMINES A, D ET C

Sol. Orale

750 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80056252	<i>Pediavit Multi</i>	Exzell	50 ml	➡ 9,36	
00762903	<i>Tri-Vi-Sol</i>	M.J.	50 ml	➡ 9,36	

Sol. Orale

1 500 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80008471	<i>Jamp-Vitamines A-D-C</i>	Jamp	50 ml	➡ 9,36	
02229790	<i>Pediavit</i>	Euro-Pharm	50 ml	➡ 9,36	

90:00

AGENTS IMMUNOMODULATEURS

90:16 agents modificateurs osseux

90:24 antirhumatismaux modificateurs de
la maladie

90:28 thérapie immunosuppressive

90:28.28 inhibiteurs de la calcineurine

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

90:16

AGENTS MODIFICATEURS OSSEUX

DENOSUMAB

Sol. Inj. S.C.

120 mg/1,7 mL

* 02560895	<i>Osenvelt</i>	Celltrion	1	312,00	
+ 02566001	<i>Tuzemty</i>	Organon	1	290,16	
* 02545764	<i>Wyost</i>	Sandoz	1	312,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)

60 mg/mL (1 mL)

+ 02565951	<i>Bildyos</i>	Organon	1	181,07	
* 02545411	<i>Jubbonti</i>	Sandoz	1	194,70	
* 02560917	<i>Stoboclo</i>	Celltrion	1	194,70	

90:24

ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

LÉFLUNOMIDE

Co.

10 mg **PPB**

02256495	<i>Apo-Leflunomide</i>	Apotex	30	79,30	➡	2,6433
02241888	<i>Arava</i>	SanofiAven	30	299,70		9,9900
02415828	<i>Leflunomide</i>	Pro Doc	30	79,30	➡	2,6433
02351668	<i>Leflunomide</i>	Sanis	30	79,30	➡	2,6433
02543575	<i>Leflunomide</i>	Sivem	30	79,30	➡	2,6433
02551918	<i>Mar-Leflunomide</i>	Marcan	30	79,30	➡	2,6433
02283964	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	79,30	➡	2,6433
02261251	<i>Teva-Leflunomide</i>	Teva Can	30	79,30	➡	2,6433
			100	264,33	➡	2,6433

Co.

20 mg **PPB**

02256509	<i>Apo-Leflunomide</i>	Apotex	30	79,30	➡	2,6433
02241889	<i>Arava</i>	SanofiAven	30	304,24		10,1413
02415836	<i>Leflunomide</i>	Pro Doc	30	79,30	➡	2,6433
02351676	<i>Leflunomide</i>	Sanis	30	79,30	➡	2,6433
02543583	<i>Leflunomide</i>	Sivem	30	79,30	➡	2,6433
02551926	<i>Mar-Leflunomide</i>	Marcan	30	79,30	➡	2,6433
02283972	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	79,30	➡	2,6433
02261278	<i>Teva-Leflunomide</i>	Teva Can	30	79,30	➡	2,6433
			100	264,33	➡	2,6433

90:28

THÉRAPIE IMMUNOSUPPRESSIVE

AZATHIOPRINE

Co.

50 mg **PPB**

02242907	<i>Apo-Azathioprine</i>	Apotex	100	51,85	➡	0,5185
02243371	<i>Azathioprine-50</i>	Pro Doc	100	24,05		R
00004596	<i>Imuran</i>	Aspen	100	94,53		0,9453
02236819	<i>Teva-Azathioprine</i>	Teva Can	100	51,85	➡	0,5185

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CYCLOSPORINE

Caps.

				10 mg	
02237671	Neoral	Novartis	60	37,43	0,6238

Caps.

				25 mg	
02150689	Neoral	Novartis	30	43,50	1,4500
02247073	Sandoz Cyclosporine	Sandoz	30	25,97	0,8657

Caps.

				50 mg	
02150662	Neoral	Novartis	30	84,81	2,8270
02247074	Sandoz Cyclosporine	Sandoz	30	50,66	1,6885

Caps.

				100 mg	
02150670	Neoral	Novartis	30	169,68	5,6560
02242821	Sandoz Cyclosporine	Sandoz	30	101,38	3,3792

Sol. Orale

				100 mg/mL	
02150697	Neoral	Novartis	50 ml	251,38	5,0276

MYCOPHÉNOLATE MOFÉTIL

Caps.

				250 mg	PPB	
02352559	Apo-Mycophenolate	Apotex	100	37,12	➡	0,3712
02192748	Cellcept	Roche	100	206,20		2,0620
02386399	Jamp-Mycophenolate	Jamp	100	37,12	➡	0,3712
02383780	Mofétilmycophénolate	Accord	100	37,12	➡	0,3712
02457369	Mycophenolate Mofetil	Sanis	50	18,56	➡	0,3712
02320630	Sandoz Mycophenolate	Sandoz	50	18,56	➡	0,3712
	Mofetil		100	37,12	➡	0,3712
02364883	Teva-Mycophenolate	Teva Can	100	37,12	➡	0,3712

Co.

				500 mg	PPB	
02352567	Apo-Mycophenolate	Apotex	50	37,12	➡	0,7423
02237484	Cellcept	Roche	50	206,20		4,1240
02380382	Jamp-Mycophenolate	Jamp	50	37,12	➡	0,7423
02378574	Mofétilmycophénolate	Accord	50	37,12	➡	0,7423
02457377	Mycophenolate Mofetil	Sanis	50	37,12	➡	0,7423
02313855	Sandoz Mycophenolate	Sandoz	50	37,12	➡	0,7423
	Mofetil					
02389754	Taro-Mycophenolate	Sun Pharma	50	37,12	➡	0,7423
			100	74,23	➡	0,7423
02348675	Teva-Mycophenolate	Teva Can	50	37,12	➡	0,7423

Susp. Orale

				200 mg/mL	PPB	
02242145	Cellcept	Roche	175 ml		288,68	
02522233	Mar-Mycophenolate Mofetil	Marcan	175 ml	➡	244,70	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE

Co. Ent.

180 mg **PPB**

02372738	<i>Apo-Mycophenolic Acid</i>	Apotex	120	59,93	➡ 0,4994
02511673	<i>Mar-Mycophenolic Acid</i>	Marcan	120	59,93	➡ 0,4994
02518538	<i>Mycophenolic Acid</i>	Jamp	120	59,93	➡ 0,4994
02264560	<i>Myfortic</i>	Novartis	120	239,72	1,9977

Co. Ent.

360 mg **PPB**

02372746	<i>Apo-Mycophenolic Acid</i>	Apotex	120	119,86	➡ 0,9988
02511681	<i>Mar-Mycophenolic Acid</i>	Marcan	120	119,86	➡ 0,9988
02518511	<i>Mycophenolic Acid</i>	Jamp	120	119,86	➡ 0,9988
02264579	<i>Myfortic</i>	Novartis	120	479,44	3,9953

SIROLIMUS

Co.

1 mg

02247111	<i>Rapamune</i>	Pfizer	100	751,96	7,5196

Sol. Orale

1 mg/mL

02243237	<i>Rapamune</i>	Pfizer	60 ml	451,16	7,5193

90:28.28

INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE

TACROLIMUS

Caps.

0,5 mg **PPB**

02454068	<i>ACH-Tacrolimus</i>	Accord	100	101,46	➡ 1,0146
02243144	<i>Prograf</i>	Astellas	100	197,00	1,9700
02416816	<i>Sandoz Tacrolimus</i>	Sandoz	100	101,46	➡ 1,0146

Caps.

1 mg **PPB**

02456095	<i>ACH-Tacrolimus</i>	Accord	100	129,78	➡ 1,2978
02175991	<i>Prograf</i>	Astellas	100	249,95	2,4995
02416824	<i>Sandoz Tacrolimus</i>	Sandoz	100	129,78	➡ 1,2978

Caps.

5 mg **PPB**

02456109	<i>ACH-Tacrolimus</i>	Accord	100	649,93	➡ 6,4993
02175983	<i>Prograf</i>	Astellas	100	1249,85	12,4985
02416832	<i>Sandoz Tacrolimus</i>	Sandoz	100	649,93	➡ 6,4993

Caps. L.A.

0,5 mg **PPB**

02296462	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	98,50	1,9700
02528592	<i>Sandoz Tacrolimus XR</i>	Sandoz	30	49,95	➡ 1,6649

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				1 mg PPB	
02296470	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	124,97	2,4994
02528606	<i>Sandoz Tacrolimus XR</i>	Sandoz	30	46,85 ➡	1,5618
Caps. L.A.				3 mg PPB	
02331667	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	374,91	7,4982
02528622	<i>Sandoz Tacrolimus XR</i>	Sandoz	30	140,56 ➡	4,6853
Caps. L.A.				5 mg PPB	
02296489	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	624,92	12,4984
02528630	<i>Sandoz Tacrolimus XR</i>	Sandoz	30	234,64 ➡	7,8213
Co. L.A.				0,75 mg	
02485877	<i>Envarsus PA</i>	Paladin	100	200,00	2,0000
Co. L.A.				1 mg	
02485885	<i>Envarsus PA</i>	Paladin	100	250,00	2,5000
Co. L.A.				4 mg	
02485893	<i>Envarsus PA</i>	Paladin	100	1000,00	10,0000

91:00

ANTIDOTES THÉRAPEUTIQUES

91:02 **dissuasifs contre l'alcool**

91:04 **antidotes**

91:04.12 antidotes/protecteurs de
 chimiothérapie

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

91:02

DISSUASIFS CONTRE L'ALCOOL

ACAMPROSATE

Co. L.A.

				333 mg	
02293269	<i>Campral</i>	Mylan	84	67,20	0,8000

91:04.12

ANTIDOTES/PROTECTEURS DE CHIMIOTHÉRAPIE

FOLINIQUE (ACIDE)

Co.

				5 mg	PPB	
02548208	<i>JAMP Leucovorin</i>	Jamp	24	44,13	➡	1,8388
			100	183,88	➡	1,8388
02170493	<i>Leucovorin</i>	Pfizer	24	133,90		5,5793
			100	557,93		5,5793
02496828	<i>Mint-Leucovorin</i>	Mint	24	44,13	➡	1,8388
			100	183,88	➡	1,8388
02493357	<i>Riva Leucovorin</i>	Riva	24	44,13	➡	1,8388

92:00

DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES

92:04	inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
92:16	agents antigoutteux
92:24	inhibiteurs de la résorption osseuse
92:28	agents cariostatiques
92:92	autres agents thérapeutiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

92:00

DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES

DILUANT À L'ALBUMINE

Sol.

0,03 %

02283735	<i>Diluant albumine</i>	ALK-Abello	4,5 ml 9 ml	1,82 2,04	

92:04

INHIBITEURS DE LA 5-ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE

Caps.

0,5 mg PPB

02412691	<i>ACT Dutasteride</i>	Teva Can	30 100	7,70 25,65	R R
02485672	<i>AG-Dutasteride</i>	Angita	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02404206	<i>Apo-Dutasteride</i>	Apotex	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02469308	<i>Auro-Dutasteride</i>	AuroPharma	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02247813	<i>Avodart</i>	GSK	30	48,12	1,6040
02421712	<i>Dutasteride</i>	Pro Doc	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02443058	<i>Dutasteride</i>	Sanis	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02429012	<i>Dutasteride</i>	Sivem	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02546167	<i>JAMP Dutasteride</i>	Jamp	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02484870	<i>Jamp-Dutasteride</i>	Jamp	30 90	7,70 23,09	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02416298	<i>Med-Dutasteride</i>	GMP	30 90	7,70 23,09	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02428873	<i>Mint-Dutasteride</i>	Mint	30 90	7,70 23,09	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02490587	<i>NRA-Dutasteride</i>	Nora	30 90	7,70 23,09	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02393220	<i>pms-Dutasteride</i>	Phmscience	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02543990	<i>Pro-Dutasteride</i>	Pro Doc	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02427753	<i>Riva-Dutasteride</i>	Riva	30 90	7,70 23,09	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02424444	<i>Sandoz Dutasteride</i>	Sandoz	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565
02408287	<i>Teva-Dutasteride</i>	Teva Can	30 100	7,70 25,65	➡ 0,2565 ➡ 0,2565

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FINASTÉRIDE

Co.

5 mg PPB

02374404	<i>AG-Finasteride</i>	Angita	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02365383	<i>Apo-Finasteride</i>	Apotex	30	10,52	➡	0,3506
02405814	<i>Auro-Finasteride</i>	AuroPharma	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02527847	<i>Bio-Finasteride</i>	Biomed	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02355043	<i>Finasteride</i>	Accord	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02350270	<i>Finasteride</i>	Pro Doc	30	10,52	➡	0,3506
02445077	<i>Finasteride</i>	Sanis	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02447541	<i>Finasteride</i>	Sivem	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02357224	<i>Jamp-Finasteride</i>	Jamp	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02522489	<i>M-Finasteride</i>	Mantra Ph.	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02389878	<i>Mint-Finasteride</i>	Mint	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02348500	<i>Novo-Finasteride</i>	Teva Can	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02535637	<i>NRA-Finasteride</i>	Nora	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02310112	<i>pms-Finasteride</i>	Phmscience	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02010909	<i>Proscar</i>	Organon	30	53,98		1,7993
02455013	<i>Riva-Finasteride</i>	Riva	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506
02322579	<i>Sandoz Finasteride</i>	Sandoz	30	10,52	➡	0,3506
			100	35,06	➡	0,3506

92:16

AGENTS ANTIGOUTTEUX

ALLOPURINOL

Co.

100 mg PPB

00555681	<i>Allopurinol-100</i>	Pro Doc	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
02402769	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
00402818	<i>Apo-Allopurinol Tablets</i>	Apotex	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
02421593	<i>Jamp-Allopurinol</i>	Jamp	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780
02396327	<i>Mar-Allopurinol</i>	Marcen	100	7,80	➡	0,0780
			1000	78,00	➡	0,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.	200 mg PPB				
02130157	<i>Allopurinol-200</i>	Pro Doc	100	13,00	➡ 0,1300
			500	65,00	➡ 0,1300
02402777	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	13,00	➡ 0,1300
			500	65,00	➡ 0,1300
00479799	<i>Apo-Allopurinol Tablets</i>	Apotex	100	13,00	➡ 0,1300
			500	65,00	➡ 0,1300
02421607	<i>Jamp-Allopurinol</i>	Jamp	100	13,00	➡ 0,1300
			500	65,00	➡ 0,1300
02396335	<i>Mar-Allopurinol</i>	Marcan	100	13,00	➡ 0,1300
			500	65,00	➡ 0,1300

Co.	300 mg PPB				
00555703	<i>Allopurinol-300</i>	Pro Doc	100	21,25	➡ 0,2125
			500	106,25	➡ 0,2125
02402785	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	21,25	➡ 0,2125
			500	106,25	➡ 0,2125
00402796	<i>Apo-Allopurinol Tablets</i>	Apotex	100	21,25	➡ 0,2125
			500	106,25	➡ 0,2125
02421615	<i>Jamp-Allopurinol</i>	Jamp	100	21,25	➡ 0,2125
			500	106,25	➡ 0,2125
02396343	<i>Mar-Allopurinol</i>	Marcan	100	21,25	➡ 0,2125
			500	106,25	➡ 0,2125

COLCHICINE

Co.	0,6 mg PPB				
00572349	<i>Colchicine</i>	Odan	100	25,65	➡ 0,2565
			500	128,25	➡ 0,2565
02373823	<i>Jamp-Colchicine</i>	Jamp	100	25,65	➡ 0,2565
			500	128,25	➡ 0,2565
02402181	<i>pms-Colchicine</i>	Phmscience	100	25,65	➡ 0,2565
00287873	<i>Sandoz Colchicine</i>	Sandoz	100	25,65	➡ 0,2565

92:24

INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION OSSEUSE

ALENDRONATE MONOSODIQUE

Co.	5 mg				
02381478	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	28	21,33	0,7617

Co.	10 mg PPB				
02381486	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	28	12,06	➡ 0,4308
02388545	<i>Auro-Alendronate</i>	AuroPharma	100	43,08	➡ 0,4308

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

70 mg **PPB**

02485184	AG-Alendronate	Angita	4	7,12	➡	1,7804
02506327	AG-Alendronate Sodium	Angita	4	7,12	➡	1,7804
02352966	Alendronate	Sanis	4	7,12	➡	1,7804
			50	89,02	➡	1,7804
02299712	Alendronate	Sivem	4	7,12	➡	1,7804
			50	89,02	➡	1,7804
02381494	Alendronate monosodique	Accord	4	7,12	➡	1,7804
02303078	Alendronate-70	Pro Doc	4	7,12	➡	1,7804
			100	178,04	➡	1,7804
02248730	Apo-Alendronate	Apotex	4	7,12	➡	1,7804
			100	178,04	➡	1,7804
02388553	Auro-Alendronate	AuroPharma	4	7,12	➡	1,7804
			50	89,02	➡	1,7804
02245329	Fosamax	Organon	4	38,62		9,6550
02500175	Jamp Alendronate Sodium	Jamp	4	7,12	➡	1,7804
			100	178,04	➡	1,7804
02385031	Jamp-Alendronate	Jamp	4	7,12	➡	1,7804
02529394	M-Alendronate	Mantra Ph.	4	7,12	➡	1,7804
			50	89,02	➡	1,7804
02394871	Mint-Alendronate	Mint	4	7,12	➡	1,7804
02523116	NRA-Alendronate	Nora	4	7,12	➡	1,7804
02284006	pms-Alendronate FC	Phmscience	4	7,12	➡	1,7804
			30	53,41	➡	1,7804
02270889	Riva-Alendronate	Riva	4	7,12	➡	1,7804
			50	89,02	➡	1,7804
02288109	Sandoz Alendronate	Sandoz	4	7,12	➡	1,7804
02261715	Teva-Alendronate	Teva Can	4	7,12	➡	1,7804
			50	89,02	➡	1,7804

ALENDRONATE/CHOLÉCALCIFÉROL

Co.

70 mg - 140 mcg (5 600 UI) **PPB**

02454475	Apo-Alendronate/Vitamin D3	Apotex	4	4,87	➡	1,2174
02314940	Fosavance	Organon	4	18,17		4,5425
02519836	Jamp Alendronate / Vitamin D3	Jamp	4	4,87	➡	1,2174

CLODRONATE DISODIQUE

Caps.

400 mg

02245828	Clasteon	Knight	120	145,00		1,2083

PAMIDRONATE DISODIQUE

Sol. Perf. I.V.

3 mg/mL (10 mL) **PPB**

02244550	Pamidronate Disodique pour injection	Pfizer	1	➡	30,32	
02246597	Pamidronate Disodium Injection	Fresenius	1	➡	30,32	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Perf. I.V.

6 mg/mL (10 mL) **PPB**

02244551	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	1	➡	90,36
02246598	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	Fresenius	1	➡	90,36
02249677	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	➡	90,36

Sol. Perf. I.V.

9 mg/mL (10 mL) **PPB**

02244552	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	1	➡	90,95
02246599	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	Fresenius	1	➡	90,95
02249685	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	➡	90,95

RISÉDRONATE SODIQUE

Co.

5 mg

02298376	<i>Teva-Risedronate</i>	Teva Can	30		31,58	1,0527

Co.

30 mg

02298384	<i>Teva-Risedronate</i>	Teva Can	30		177,00	5,9000

Co.

35 mg **PPB**

02246896	<i>Actonel</i>	AbbVie	4		39,05	9,7625
02353687	<i>Apo-Risedronate</i>	Apotex	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02406306	<i>Auro-Risedronate</i>	AuroPharma	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02302209	<i>pms-Risedronate</i>	Phmscience	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02347474	<i>Risedronate</i>	Pro Doc	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02370255	<i>Risedronate</i>	Sanis	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02411407	<i>Risedronate</i>	Sivem	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02341077	<i>Riva-Risedronate</i>	Riva	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02327295	<i>Sandoz Risedronate</i>	Sandoz	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764
02298392	<i>Teva-Risedronate</i>	Teva Can	4		6,71	➡ 1,6764
			30		50,29	➡ 1,6764

92:28

AGENTS CARIOSTATIQUES

FLUORURE DE SODIUM

Co. Croq.

2,2 mg (F-1 mg)

00575569	<i>Fluor-A-Day</i>	Phmscience	120		6,09	0,0508

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

92:92

AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

**BÉTAÏNE (ANHYDRE) **

Pd. Orale

1 g/1,7 mL

02238526	<i>Cystadane</i>	RRDC	180 g	839,93	

**CYPROTÉRONNE (ACÉTATE DE) **

Co.

50 mg **PPB**

00704431	<i>Androcur</i>	Amdipharm	60	84,00	➡	1,4000
02245898	<i>Cyprotérone</i>	AA Pharma	100	140,00	➡	1,4000
02390760	<i>Med-Cyproterone</i>	GMP	60	84,00	➡	1,4000
			100	140,00	➡	1,4000
02395797	<i>Riva-Cyproterone</i>	Riva	60	84,00	➡	1,4000

**PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE) **

Caps.

100 mg

02029448	<i>Elmiron</i>	Janss. Inc	100	131,40		1,3140

94:00
APPAREILS

94:32 **hôpital général et usage personnel**
94:32.20 appareils thérapeutiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

94:32.20

APPAREILS THÉRAPEUTIQUES

ZINC (OXYDE DE)/ ICHTHAMMOL

Band.

				7,5 cm X 6 m	
01948466	<i>Ichthopaste</i>	S. & N.	1	7,02	

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

ABATACEPT

Pd. Perf. I.V.

				250 mg	
02282097	Orencia	B.M.S.	1	459,61	

Sol. Inj. S.C. (ser)

				125 mg/mL (1 mL)	
02402475	Orencia	B.M.S.	4	1378,83	344,7075

ABÉMACICLIB

Co.

				50 mg	
02487098	Verzenio	Lilly	28	2757,20	98,4714

Co.

				100 mg	
02487101	Verzenio	Lilly	28	2799,17	99,9704

Co.

				150 mg	
02487128	Verzenio	Lilly	28	2757,20	98,4714

ABIRATÉRONE (ACÉTATE D')

Co.

				250 mg	PPB	
02491397	Apo-Abiraterone	Apotex	60	459,38	➡	7,6563
02502305	Jamp Abiraterone	Jamp	120	918,76	➡	7,6563
02503980	Mar-Abiraterone	Marcan	120	918,76	➡	7,6563
02494132	Nat-Abiraterone	Natco	120	918,76	➡	7,6563
02492601	pms-Abiraterone	Phmscience	120	918,76	➡	7,6563
02540452	PRZ-Abiraterone	Pharmaris	120	918,76	➡	7,6563
02477114	Reddy-Abiraterone	Dr Reddy's	120	918,76	➡	7,6563
02486393	Sandoz Abiraterone	Sandoz	120	918,76	➡	7,6563
02371065	Zytiga	Janss. Inc	120	3400,00		28,3333

Co.

				500 mg	PPB	
02525380	Abiraterone	Jamp	60	918,75	➡	15,3125
02491400	Apo-Abiraterone	Apotex	60	918,75	➡	15,3125
02529629	Jamp Abiraterone	Jamp	60	918,75	➡	15,3125
02503999	Mar-Abiraterone	Marcan	60	918,75	➡	15,3125
02501503	pms-Abiraterone	Phmscience	60	918,75	➡	15,3125
02540460	PRZ-Abiraterone	Pharmaris	28	428,75	➡	15,3125
			60	918,75	➡	15,3125
02533251	Reddy-Abiraterone	Dr Reddy's	60	918,75	➡	15,3125
02521644	Sandoz Abiraterone	Sandoz	60	918,75	➡	15,3125
02457113	Zytiga	Janss. Inc	60	3400,00		56,6667

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ABIRATÉRON (ACÉTATE D') - CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE SENSIBLE À LA CASTRATION



Co.		250 mg PPB			
99114372	<i>Apo-Abiraterone</i>	Apotex	60	459,38	➡ 7,6563
99114410	<i>Jamp Abiraterone</i>	Jamp	120	918,76	➡ 7,6563
99114422	<i>Nat-Abiraterone</i>	Natco	120	918,76	➡ 7,6563
99114393	<i>pms-Abiraterone</i>	Phmscience	120	918,76	➡ 7,6563
99114525	<i>PRZ-Abiraterone</i>	Pharmaris	120	918,76	➡ 7,6563
99114395	<i>Sandoz Abiraterone</i>	Sandoz	120	918,76	➡ 7,6563

Co.		500 mg PPB			
99114373	<i>Apo-Abiraterone</i>	Apotex	60	918,75	➡ 15,3125
99114409	<i>Jamp Abiraterone</i>	Jamp	60	918,75	➡ 15,3125
99114392	<i>pms-Abiraterone</i>	Phmscience	60	918,75	➡ 15,3125
99114524	<i>PRZ-Abiraterone</i>	Pharmaris	28	428,75	➡ 15,3125
			60	918,75	➡ 15,3125
99114394	<i>Sandoz Abiraterone</i>	Sandoz	60	918,75	➡ 15,3125

ABOBOTULINUMTOXINA

Pd. Inj.		300 U			
* 02460203	<i>Dysport Therapeutic</i>	Ipsen	1	385,56	

Pd. Inj.		500 U			
* 02456117	<i>Dysport Therapeutic</i>	Ipsen	1	642,60	

ABROCITINIB

Co.		50 mg			
02528363	<i>Cibinco</i>	Pfizer	30	1460,00	48,6667

Co.		100 mg			
02528371	<i>Cibinco</i>	Pfizer	30	1460,00	48,6667

Co.		200 mg			
02528398	<i>Cibinco</i>	Pfizer	30	1634,00	54,4667

ACALABRUTINIB

Co.		100 mg			
02535696	<i>Calquence</i>	AZC	60	8158,50	135,9750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ACIDE OBÉTICHOIQUE

Co.

				5 mg	
02463121	Ocaliva	Advanz	30	2958,90	98,6301

Co.

				10 mg	
02463148	Ocaliva	Advanz	30	2958,90	98,6301

ADALIMUMAB

Sol. Inj. S.C.

				50 mg/mL (0,4 mL)	
02511061	Abrilada (seringue)	Pfizer	2	471,27	235,6350
02459310	Amgevita (seringue)	Amgen	1	235,64	
02502380	Hulio (seringue)	Biocon	2	471,27	235,6350
02505258	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.

				50 mg/mL (0,8 mL)	
02511053	Abrilada (seringue)	Pfizer	2	942,54	471,2700
02511045	Abrilada (stylo)	Pfizer	2	942,54	471,2700
02459299	Amgevita (seringue)	Amgen	2	942,54	471,2700
02459302	Amgevita (stylo)	Amgen	2	942,54	471,2700
02473097	Hadlima (seringue)	Organon	2	942,54	471,2700
02473100	Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	2	942,54	471,2700
02502399	Hulio (seringue)	Biocon	2	942,54	471,2700
02502402	Hulio (stylo)	Biocon	2	942,54	471,2700
02492164	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02492156	Hyrimoz (stylo)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02502682	Idacio (seringue)	Fresenius	2	942,54	471,2700
02502674	Idacio (stylo)	Fresenius	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C.

				100 mg/mL (0,2 mL)	
02542315	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	471,27	235,6350
02556596	Yuflyma (seringue)	Celltrion	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.

				100 mg/mL (0,4 mL)	
02533472	Hadlima (seringue)	Organon	2	942,54	471,2700
02533480	Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	2	942,54	471,2700
02542323	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02542331	Hyrimoz (stylo)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02523949	Simlandi (seringue)	Jamp	2	942,54	471,2700
02523957	Simlandi (stylo)	Jamp	2	942,54	471,2700
02523760	Yuflyma (seringue)	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700
02523779	Yuflyma (stylo)	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,8 mL)		
02542358	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	1	942,54	
02542366	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	1	942,54	
02523965	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	1	942,54	
02535076	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
02535084	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

ADALIMUMAB (COLITE ULCÉREUSE-ENFANTS)

Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (0,4 mL)		
99114205	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	471,27	235,6350
99114130	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	1	235,64	
99114162	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (0,8 mL)		
99114200	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114201	<i>Abrilada (stylo)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114129	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114139	<i>Amgevita (stylo)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114434	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114435	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114161	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700
99114163	<i>Hulio (stylo)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,2 mL)		
99114508	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,4 mL)		
99114436	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114437	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114504	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
99114506	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700

Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,8 mL)		
99114505	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
99114507	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE)

Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (0,4 mL)		
99114035	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	1	235,64	
99114041	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	471,27	235,6350
99114048	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	471,27	235,6350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj. S.C.

50 mg/mL (0,8 mL)

99114033	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114034	<i>Abrilada (stylo)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114046	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114047	<i>Amgevita (stylo)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114040	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114039	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114042	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700
99114043	<i>Hulio (stylo)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700
99114049	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114050	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114265	<i>Idacio (seringue)</i>	Fresenius	2	942,54	471,2700
99114267	<i>Idacio (stylo)</i>	Fresenius	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (0,2 mL)

99114299	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	471,27	235,6350
99114509	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (0,4 mL)

99114297	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114298	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114300	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114301	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114144	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	2	942,54	471,2700
99114151	<i>Simlandi (stylo)</i>	Jamp	2	942,54	471,2700
99114225	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	471,27	471,2700
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700
99114233	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	471,27	471,2700
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (0,8 mL)

99114302	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	1	942,54	
99114303	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	1	942,54	
99114146	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	1	942,54	
99114227	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
99114228	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

ADALIMUMAB (MALADIE DE CROHN-ENFANTS)

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (0,2 mL)

99114534	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	2	471,27	235,6350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,4 mL)		
99114535	Yuflyma (seringue)	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700
99114537	Yuflyma (stylo)	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700

Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,8 mL)		
99114536	Yuflyma (seringue)	Celltrion	1	942,54	
99114538	Yuflyma (stylo)	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

ADALIMUMAB (UVÉITE)

Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (0,4 mL)		
99114206	Abrilada (seringue)	Pfizer	2	471,27	235,6350
99114101	Amgevita (seringue)	Amgen	1	235,64	
99114104	Hulio (seringue)	Biocon	2	471,27	235,6350
99114107	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (0,8 mL)		
99114208	Abrilada (seringue)	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114204	Abrilada (stylo)	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114102	Amgevita (seringue)	Amgen	2	942,54	471,2700
99114103	Amgevita (stylo)	Amgen	2	942,54	471,2700
99114229	Hadlima (seringue)	Organon	2	942,54	471,2700
99114230	Hadlima PushTouch (stylo)	Organon	2	942,54	471,2700
99114105	Hulio (seringue)	Biocon	2	942,54	471,2700
99114106	Hulio (stylo)	Biocon	2	942,54	471,2700
99114108	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114109	Hyrimoz (stylo)	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114266	Idacio (seringue)	Fresenius	2	942,54	471,2700
99114268	Idacio (stylo)	Fresenius	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,2 mL)		
99114304	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	471,27	235,6350
99114510	Yuflyma (seringue)	Celltrion	2	471,27	235,6350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,4 mL)		
99114231	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114232	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114305	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114306	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114145	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	2	942,54	471,2700
99114150	<i>Simlandi (stylo)</i>	Jamp	2	942,54	471,2700
99114223	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700
99114224	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700

Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (0,8 mL)		
99114307	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	1	942,54	
99114308	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	1	942,54	
99114147	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	1	942,54	
99114222	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
99114221	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

ADÉFOVIR DIPIVOXIL

Co.			10 mg PPB		
02420333	<i>AA-Adefovir</i>	AA Pharma	30	547,55	➔ 18,2517
02247823	<i>Hepsera</i>	Gilead	30	696,73	23,2243

AFLIBERCEPT 2 MG

Sol. inj.			40 mg/mL		
02554194	<i>Aflivu</i>	Apotex	1	850,80	
02563037	<i>Eydenzelt</i>	Celltrion	1	850,80	
02535858	<i>Yesafili</i>	Biocon	1	850,80	

Sol. Inj. (ser)			40 mg/mL		
02554178	<i>Aflivu</i>	Apotex	1	850,80	
02562510	<i>Enzeevu</i>	Sandoz	1	850,80	
02563045	<i>Eydenzelt</i>	Celltrion	1	850,80	
02558238	<i>Yesafili</i>	Biocon	1	850,80	

AFLIBERCEPT 8 MG

Sol. inj.			114,3 mg/mL (0,263 mL)		
02545004	<i>Eylea HD</i>	Bayer	1	1250,00	

Sol. Inj. (ser)			114,3 mg /mL (0,184 mL)		
02554798	<i>Eylea HD</i>	Bayer	1	1250,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ALECTINIB (CHLORHYDRATE D') **

Caps.

				150 mg	
02458136	<i>Alecensaro</i>	Roche	240	10119,99	42,1666

**ALEMTUZUMAB **

Sol. Perf. I.V.

				10 mg/mL (1,2 mL)	
02418320	<i>Lemtrada</i>	Genzyme	1	9970,00	

**ALGLUCOSIDASE ALPHA **

Pd. Perf. I.V.

				50 mg	
02284863	<i>Myozyme</i>	Genzyme	1	840,31	

**ALIROCUMAB **

Sol. Inj. S.C. (stylo)

				75 mg/mL (1 mL)	
02453819	<i>Praluent</i>	SanofiAven	2	512,42	256,2100

Sol. Inj. S.C. (stylo)

				150 mg/mL (1 mL)	
02453835	<i>Praluent</i>	SanofiAven	2	512,42	256,2100

Sol. Inj. S.C. (stylo)

				150 mg/mL (2 mL)	
02547732	<i>Praluent</i>	SanofiAven	1	512,42	

**ALITRÉTINOÏNE **

Caps.

				30 mg	PPB
02477440	<i>Hanzema</i>	Dr Reddy's	30	509,60	➡ 16,9868
02337649	<i>Toctino</i>	Janss. Inc	30	532,71	17,7570

**ALOGLIPTINE (BENZOATE D') **

Co.

				6,25 mg	
02417189	<i>Nesina</i>	Takeda	28	58,80	2,1000

Co.

				12,5 mg	
02417197	<i>Nesina</i>	Takeda	28	58,80	2,1000

Co.

				25 mg	
02417200	<i>Nesina</i>	Takeda	28	58,80	2,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.	12,5 mg - 500 mg				
02417219	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450

Co.	12,5 mg - 850 mg				
02417227	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450

Co.	12,5 mg - 1000 mg				
02417235	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450

**AMBRISENTAN **

Co.	5 mg PPB				
02475375	Apo-Ambrisentan	Apotex	30	1876,39	➡ 62,5464
02521938	Jamp Ambrisentan	Jamp	30	1876,39	➡ 62,5464
02307065	Volibris	GSK	30	3600,00	120,0000

Co.	10 mg PPB				
02475383	Apo-Ambrisentan	Apotex	30	1876,39	➡ 62,5464
02521946	Jamp Ambrisentan	Jamp	30	1876,39	➡ 62,5464
02307073	Volibris	GSK	30	3600,00	120,0000

**AMIFAMPRIDINE **

Co.	10 mg				
* 02503034	Ruzurgi	Medunik	100	2000,00	20,0000

**AMIFAMPRIDINE (PHOSPHATE D') **

Co.	10 mg				
* 02502984	Firdapse	Kye Pharma	240	4320,00	18,0000

**AMLODIPINE (BÉSYLATE D') **

Sol. Orale	1 mg/mL				
02484706	pdp-AMLODIPINE	Pendopharm	150 ml	175,00	1,1667

**AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D') **

Caps. L.A.	5 mg PPB				
02248808	Adderall XR	Takeda	100	205,78	2,0578
02445492	Apo-Amphetamine XR	Apotex	100	53,72	➡ 0,5372
02457288	Sandoz Amphetamine XR	Sandoz	100	53,72	➡ 0,5372
02439239	Teva-Amphetamine XR	Teva Can	100	53,72	➡ 0,5372

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. L.A.

10 mg **PPB**

02248809	<i>Adderall XR</i>	Takeda	100	233,86	2,3386
02445506	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	61,05 ➡	0,6105
02457296	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	61,05 ➡	0,6105
02439247	<i>Teva-Amphetamine XR</i>	Teva Can	100	61,05 ➡	0,6105

Caps. L.A.

15 mg **PPB**

02248810	<i>Adderall XR</i>	Takeda	100	261,94	2,6194
02445514	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	68,38 ➡	0,6838
02457318	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	68,38 ➡	0,6838
02439255	<i>Teva-Amphetamine XR</i>	Teva Can	100	68,38 ➡	0,6838

Caps. L.A.

20 mg **PPB**

02248811	<i>Adderall XR</i>	Takeda	100	290,01	2,9001
02445522	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	75,72 ➡	0,7572
02457326	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	75,72 ➡	0,7572
02439263	<i>Teva-Amphetamine XR</i>	Teva Can	100	75,72 ➡	0,7572

Caps. L.A.

25 mg **PPB**

02248812	<i>Adderall XR</i>	Takeda	100	318,09	3,1809
02445530	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	83,05 ➡	0,8305
02457334	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	83,05 ➡	0,8305
02439271	<i>Teva-Amphetamine XR</i>	Teva Can	100	83,05 ➡	0,8305

Caps. L.A.

30 mg **PPB**

02248813	<i>Adderall XR</i>	Takeda	100	346,18	3,4618
02445549	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	90,38 ➡	0,9038
02457342	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	90,38 ➡	0,9038
02439298	<i>Teva-Amphetamine XR</i>	Teva Can	100	90,38 ➡	0,9038

ANIFROLUMAB

Sol. Perf. I.V.

150 mg/mL (2 mL)

02522845	<i>Saphnelo</i>	AZC	1	1687,21	

APALUTAMIDE

Co.

60 mg

02478374	<i>Erleada</i>	Janss. Inc	120	3401,40	28,3450

Co.

240 mg

02540185	<i>Erleada</i>	Janss. Inc	30	3401,40	113,3800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

APREMILAST

Co.	10 mg (4 co.) - 20 mg (4 co.) - 30 mg (19 co.)			PPB	
02524120	<i>Auro-Apremilast (Emballage de départ)</i>	AuroPharma	27	➡ 127,60	
02528967	<i>Jamp Apremilast (Emballage de départ)</i>	Jamp	27	➡ 127,60	
02434318	<i>Otezla (Emballage de départ)</i>	Amgen	27	510,41	
02529092	<i>Sandoz Apremilast (Emballage de départ)</i>	Sandoz	27	➡ 127,60	

Co.	30 mg			PPB	
02538180	<i>Apo-Apremilast</i>	Apotex	56	793,97 ➡	14,1780
02524104	<i>Auro-Apremilast</i>	AuroPharma	56	793,97 ➡	14,1780
02518910	<i>GLN-Apremilast</i>	Glenmark	60	850,68 ➡	14,1780
02528959	<i>Jamp Apremilast</i>	Jamp	56	793,97 ➡	14,1780
02525747	<i>Mint-Apremilast</i>	Mint	56	793,97 ➡	14,1780
02434334	<i>Otezla</i>	Amgen	56	1058,63	18,9041
02521733	<i>pms-Apremilast</i>	Phmscience	56	793,97 ➡	14,1780
02529084	<i>Sandoz Apremilast</i>	Sandoz	56	793,97 ➡	14,1780

APRÉPITANT

Caps.	80 mg				
02298791	<i>Emend</i>	Merck	2	60,36	30,1800

Caps.	125 mg				
02298805	<i>Emend</i>	Merck	6	181,08	30,1800

Caps.	125mg (1 caps.) et 80mg (2 caps.)				
02298813	<i>Emend Tri-Pack</i>	Merck	3	90,54	

ASCIMINIB

Co.	20 mg				
02528320	<i>Scemblix</i>	Novartis	60	3780,00	63,0000

Co.	40 mg				
02528339	<i>Scemblix</i>	Novartis	60	5100,00	85,0000

ATOGÉPANT

Co.	10 mg				
02533979	<i>Qulipta</i>	AbbVie	30	553,20	18,4400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				30 mg	
02533987	<i>Qulipta</i>	AbbVie	30	553,20	18,4400

Co.				60 mg	
02533995	<i>Qulipta</i>	AbbVie	30	553,20	18,4400

ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D')

Caps.				10 mg	PPB	
02318024	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	15,32	➡	0,5106
02396904	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	15,32	➡	0,5106
02467747	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	15,32	➡	0,5106
02445883	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	15,32	➡	0,5106
02471485	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	15,32	➡	0,5106
			100	51,06	➡	0,5106
02506807	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	15,32	➡	0,5106
02314541	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	15,32	➡	0,5106
02381028	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	15,32	➡	0,5106
02405962	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	15,32	➡	0,5106
			100	51,06	➡	0,5106
02386410	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	15,32	➡	0,5106

Caps.				18 mg	PPB	
02318032	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	17,24	➡	0,5748
02396912	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	17,24	➡	0,5748
02467755	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	17,24	➡	0,5748
02445905	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	17,24	➡	0,5748
02471493	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	17,24	➡	0,5748
			100	57,48	➡	0,5748
02506815	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	17,24	➡	0,5748
02314568	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	17,24	➡	0,5748
02381036	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	17,24	➡	0,5748
02405970	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	17,24	➡	0,5748
			100	57,48	➡	0,5748
02386429	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	17,24	➡	0,5748

Caps.				25 mg	PPB	
02318040	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	19,26	➡	0,6420
			100	64,20	➡	0,6420
02396920	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	19,26	➡	0,6420
02467763	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	19,26	➡	0,6420
02445913	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	19,26	➡	0,6420
02471507	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	19,26	➡	0,6420
			100	64,20	➡	0,6420
02506823	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	19,26	➡	0,6420
02314576	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	19,26	➡	0,6420
02381044	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	19,26	➡	0,6420
			100	64,20	➡	0,6420
02405989	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	19,26	➡	0,6420
			100	64,20	➡	0,6420
02386437	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	19,26	➡	0,6420

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

40 mg **PPB**

02318059	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02396939	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	22,11	➡ 0,7369
02467771	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	22,11	➡ 0,7369
02445948	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	22,11	➡ 0,7369
02471515	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02506831	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	22,11	➡ 0,7369
02381052	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02405997	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	22,11	➡ 0,7369
			100	73,69	➡ 0,7369
02386445	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	22,11	➡ 0,7369
02314584	<i>Teva-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	22,11	➡ 0,7369

Caps.

60 mg **PPB**

02318067	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	24,28	➡ 0,8092
02396947	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	24,28	➡ 0,8092
02467798	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	24,28	➡ 0,8092
02445956	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	24,28	➡ 0,8092
02471523	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02506858	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	24,28	➡ 0,8092
02381060	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02406004	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	24,28	➡ 0,8092
			100	80,92	➡ 0,8092
02386453	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	24,28	➡ 0,8092
02314592	<i>Teva-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	24,28	➡ 0,8092

AVAPRITINIB

Co.

25 mg

02551764	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

Co.

50 mg

02551772	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

Co.

100 mg

02551780	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

Co.

200 mg

02551799	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

AXITINIB

Co.

02389630	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	1 mg 1116,00	18,6000

Co.

02389649	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	5 mg 5580,00	93,0000

AZACITIDINE

Co.

02510197	<i>Onureg</i>	Celgene	7	200 mg 6664,00	952,0000

Co.

02510200	<i>Onureg</i>	Celgene	7	300 mg 9996,00	1428,0000

AZÉLAÏQUE (ACIDE)

Gel Top.

02270811	<i>Finacea</i>	Leo	50 g	15 % 30,00	0,6000

AZTRÉONAM

Sol. pour Inh.

02329840	<i>Cayston</i>	Gilead	84	75 mg 3561,51	42,3989

BARICITINIB

Co.

02480018	<i>Olumiant</i>	Lilly	30	2 mg 1385,79	46,1930

BÉLIMUMAB

Pd. Perf. I.V.

02370050	<i>Benlysta</i>	GSK	1	120 mg 221,76	

Pd. Perf. I.V.

02370069	<i>Benlysta</i>	GSK	1	400 mg 739,20	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02470489	<i>Benlysta</i>	GSK	4	200 mg/ml (1 ml) 1564,38	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**BÉLUMOSUDIL (MÉSYLATE DE) **

Co.				200 mg	
02526115	<i>Rezurock</i>	SanofiAven	30	11286,00	376,2000

**BELZUTIFAN **

Co.				40 mg	
02528908	<i>Welireg</i>	Merck	90	19199,70	213,3300

**BENRALIZUMAB **

Sol. Inj. S.C. (ser)				30 mg/mL (1 mL)	
02473232	<i>Fasenra</i>	AZC	1	3876,92	

Sol. Inj. S.C. (stylo)				30 mg/mL (1 mL)	
02496135	<i>Fasenra Pen</i>	AZC	1	3876,92	

**BÉROTRALSTAT **

Caps.				150 mg	
02527693	<i>Orladeyo</i>	Biocryst	28	23800,00	850,0000

**BIMEKIZUMAB (ARTHRITE PSORIASIQUE ET SPONDYLITE ANKYLOSANTE) **

Sol. Inj. S.C. (ser)				160 mg/mL (1 mL)	
99114458	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo)				160 mg/mL (1 mL)	
99114459	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000

**BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) **

Sol. Inj. S.C. (ser)				160 mg/mL (1 mL)	
02525267	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000

Sol. Inj. S.C. (ser)				160 mg /mL (2 mL)	
02553619	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	1	3250,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)				160 mg/mL (1 mL)	
02525275	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo)				160 mg /mL (2 mL)	
02553627	<i>Bimzelx</i>	U.C.B.	1	3250,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BINIMÉTINIB

Co.

				15 mg	
02513080	<i>Mektovi</i>	Pfizer	180	6570,00	36,5000

BISACODYL

Co. Ent.

				5 mg	PPB	
02273411	<i>Bisacodyl-Odan</i>	Odan	100	4,05	➡	0,0405
			1000	40,50	➡	0,0405
02246039	<i>Jamp-Bisacodyl</i>	Jamp	100	4,05	➡	0,0405

Supp.

				5 mg	PPB	
02458845	<i>Bisacodyl</i>	Cellchem	10	4,27	➡	0,4267
02410893	<i>Bisacodyl Suppository 5 mg</i>	Jamp	3	1,28	➡	0,4267

Supp.

				10 mg	PPB	
02520478	<i>AMB-Bisacodyl</i>	Ambicare	10	4,21	➡	0,4206
			100	42,06	➡	0,4206
02458853	<i>Bisacodyl</i>	Cellchem	10	4,21	➡	0,4206
02361450	<i>Bisacodyl Suppository</i>	Jamp	100	42,06	➡	0,4206

BOSENTAN

Co.

				62,5 mg	PPB	
02467984	<i>NAT-Bosentan</i>	Natco	56	898,50	➡	16,0446
			60	962,68	➡	16,0446
02383012	<i>pms-Bosentan</i>	Phmscience	60	962,68	➡	16,0446
02483130	<i>Taro-Bosentan</i>	Taro	60	962,68	➡	16,0446
02244981	<i>Tracleer</i>	Janss. Inc	56	3594,00		64,1786

Co.

				125 mg	PPB	
02467992	<i>NAT-Bosentan</i>	Natco	56	898,50	➡	16,0446
			60	962,68	➡	16,0446
02383020	<i>pms-Bosentan</i>	Phmscience	60	962,68	➡	16,0446
02483149	<i>Taro-Bosentan</i>	Taro	60	962,68	➡	16,0446
02244982	<i>Tracleer</i>	Janss. Inc	56	3594,00		64,1786

BRIGATINIB

Co.

				30 mg	
02479206	<i>Alunbrig</i>	Takeda	28	3145,00	112,3214

Co.

				90 mg	
02479214	<i>Alunbrig</i>	Takeda	28	9435,00	336,9643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				180 mg	
02479222	<i>Alunbrig</i>	Takeda	28	9435,00	336,9643

Trousse (orale solide)				90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.)	
02479230	<i>Alunbrig</i>	Takeda	1	9435,00	

BRIVARACÉTAM

Co.				10 mg PBB	
02538679	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	60	142,56	➡ 2,3760
02452936	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	➡ 4,3200

Co.				25 mg PBB	
02538687	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	60	142,56	➡ 2,3760
02452944	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	➡ 4,3200

Co.				50 mg PBB	
02538695	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	60	129,60	➡ 2,1600
02539292	<i>Auro-Brivaracetam</i>	AuroPharma	60	129,60	➡ 2,1600
02452952	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	➡ 4,3200

Co.				75 mg PBB	
02538709	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	60	142,56	➡ 2,3760
02452960	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	➡ 4,3200

Co.				100 mg PBB	
02538717	<i>Apo-Brivaracetam</i>	Apotex	60	129,60	➡ 2,1600
02539306	<i>Auro-Brivaracetam</i>	AuroPharma	60	129,60	➡ 2,1600
02452979	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	➡ 4,3200

BRODALUMAB

Sol. Inj. S.C.				140 mg/mL (1,5 mL)	
02473623	<i>Siliq (seringue)</i>	Bausch H.	2	1290,00	645,0000

BUPRÉNORPHINE

Sol. Inj. S.C. (ser)				100 mg/0,5 mL	
02483084	<i>Sublocade</i>	Indivior	1	550,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)				300 mg/1,5 mL	
02483092	<i>Sublocade</i>	Indivior	1	550,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

BUROSUMAB

Sol. Inj. S.C.

				10 mg/mL (1 mL)	
02483629	<i>Crysvita</i>	Kyowa	1	4514,94	

Sol. Inj. S.C.

				20 mg/mL (1 mL)	
02483637	<i>Crysvita</i>	Kyowa	1	9029,90	

Sol. Inj. S.C.

				30 mg/mL (1 mL)	
02483645	<i>Crysvita</i>	Kyowa	1	13544,84	

CABERGOLINE

Co.

				0,5 mg	PPB	
02455897	<i>Apo-Cabergoline</i>	Apotex	8	58,33	➡	7,2907
02242471	<i>Dostinex</i>	Paladin	8	105,72		13,2150
02549611	<i>JAMP Cabergoline</i>	Jamp	8	58,33	➡	7,2907

CABOZANTINIB (MALATE DE)

Co.

				20 mg		
02480824	<i>Cabometyx</i>	Ipsen	30	8799,90		293,3300

Co.

				40 mg		
02480832	<i>Cabometyx</i>	Ipsen	30	8799,90		293,3300

Co.

				60 mg		
02480840	<i>Cabometyx</i>	Ipsen	30	8799,90		293,3300

CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Gel Top.

				50 mcg/g -0,5 mg/g	PPB	
02319012	<i>Dovobet Gel</i>	Leo	80 g	105,14		1,3143
02525178	<i>Taro-Calcipotriol/ Betamethasone Gel</i>	Taro	60 g	71,59	➡	1,1932

Mousse Top.

				50 mcg/g -0,5 mg/g		
02457393	<i>Enstilar</i>	Leo	60 g	84,22		

Pom. Top.

				50 mcg/g -0,5 mg/g	PPB	
02244126	<i>Dovobet</i>	Leo	120 g	151,60		1,2633
02427419	<i>Teva-Betamethasone/ Calcipotriol</i>	Teva Can	60 g	64,43	➡	1,0738
			120 g	128,86	➡	1,0738

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CALCIUM (CARBONATE DE)

Mousse orale

500 mg/6 g

80057859	<i>Pluscal</i>	Medelys	180 g	13,50	

CALCIUM (CITRATE DE)

Pd. Orale

500 mg/sachet

80104213	<i>MCal Citrate poudre</i>	Mantra Ph.	30	32,50	1,0833

Sol. Orale

500 mg/15 mL

PPB

80106659	<i>AG-Calcium Citrate Liquid</i>	Angita	450 ml	32,50	➡	0,0722
80068122	<i>Jamp-Calcium Citrate liq</i>	Jamp	450 ml	32,50	➡	0,0722
80054756	<i>MCal Citrate liquide</i>	Mantra Ph.	450 ml	32,50	➡	0,0722

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Pd. Orale

500 mg - 1 000 UI/sachet

80106098	<i>MCal Citrate poudre D 1000</i>	Mantra Ph.	30	34,50	1,1500

Sol. Orale

500 mg - 400 UI/15 mL

80007347	<i>Jamp Calcium Citrate Liq. D400</i>	Jamp	450 ml	34,50	0,0767

Sol. Orale

500 mg - 1000 UI/15 mL

PPB

80106657	<i>AG-Calcium Citrate Liquid D 1000</i>	Angita	450 ml	34,50	➡	0,0767
80068124	<i>Jamp-Calcium Citrate liq D1000</i>	Jamp	450 ml	34,50	➡	0,0767
80049201	<i>MCal Citrate liquide D1000</i>	Mantra Ph.	450 ml	34,50	➡	0,0767

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)

Sol. Orale

100 mg/5 mL

PPB

80113740	<i>AG-Calcium Liquide</i>	Angita	350 ml	15,60	➡	0,0446
80104220	<i>Gluco Cal</i>	Altamed	350 ml	15,60	➡	0,0446
80096222	<i>Jamp Lactogluconate Calcium</i>	Jamp	350 ml	15,60	➡	0,0446
99100833	<i>SoluCAL (toutes saveurs)</i>	Orimed	350 ml	15,60	➡	0,0446
			1500 ml	66,06	➡	0,0440

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D

Sol. Orale

500 mg - 400 UI/25 mL

PPB

80094870	<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400</i>	Jamp	350 ml	16,33	➡	0,0467
99100830	<i>SoluCAL D (toutes saveurs)</i>	Orimed	350 ml	16,33	➡	0,0467
			1500 ml	69,99	➡	0,0467

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale		500 mg - 1000 UI/25ml PPB			
80094869	<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000</i>	Jamp	350 ml	16,33 ➡	0,0467
99101332	<i>Solucal D+1000 (toutes saveurs)</i>	Orimed	350 ml	16,33 ➡	0,0467
			700 ml	32,69 ➡	0,0467

CANAGLIFLOZINE

Co.		100 mg PPB			
* 02510367	<i>Auro-Canagliflozin</i>	AuroPharma	30	43,37 ➡	1,4455
			500	722,75 ➡	1,4455
02425483	<i>Invokana</i>	Janss. Inc	30	78,53	2,6177
02543486	<i>JAMP Canagliflozin</i>	Jamp	30	43,37 ➡	1,4455
			100	144,55 ➡	1,4455

Co.		300 mg PPB			
* 02510375	<i>Auro-Canagliflozin</i>	AuroPharma	30	45,09 ➡	1,5030
			500	751,50 ➡	1,5030
02425491	<i>Invokana</i>	Janss. Inc	30	78,53	2,6177
02543494	<i>JAMP Canagliflozin</i>	Jamp	30	45,09 ➡	1,5030
			100	150,30 ➡	1,5030

CANNABIDIOL

Sol. Orale		100 mg /mL (100 mL)			
02543079	<i>Épidiolex</i>	Jazz	1	1424,54	

CAPIVASERTIB

Co.		160 mg			
02544733	<i>Truqap</i>	AZC	64	9446,40	147,6000

Co.		200 mg			
02544741	<i>Truqap</i>	AZC	64	9446,40	147,6000

CAPTEUR DEXCOM G6

Capteur					
99113874	<i>Dexcom G6</i>	Dexcom	3	299,00	99,6667

CAPTEUR DEXCOM G7

Capteur					
99114362	<i>Dexcom G7</i>	Dexcom	1	75,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2

Capteur

99114031	<i>FreeStyle Libre 2</i>	Ab Diabete	1	89,00	

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 3 PLUS

Capteur

99114518	<i>FreeStyle Libre 3 Plus</i>	Ab Diabete	1	97,50	

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

Sol. Oph.

0,5 % (0,4 mL)

02049260	<i>Refresh plus</i>	AbbVie	30	8,85	0,2950

Sol. Oph.

1 % (0,4 mL)

00870153	<i>Refresh Celluvisc</i>	AbbVie	30	9,58	0,3193

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE

Sol. Oph.

0,5 %

02231008	<i>Refresh tears</i>	AbbVie	15 ml	6,25	

CARIPRAZINE

Caps.

1,5 mg

02526794	<i>Vraylar</i>	AbbVie	30	147,00	4,9000

Caps.

3 mg

02526808	<i>Vraylar</i>	AbbVie	30	147,00	4,9000

Caps.

4,5 mg

02526816	<i>Vraylar</i>	AbbVie	30	147,00	4,9000

Caps.

6 mg

02526824	<i>Vraylar</i>	AbbVie	30	147,00	4,9000

CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)

Pd. Inj. I.V.

50 mg

PPB

02244265	<i>Cancidas</i>	Merck	1	222,00	
02486989	<i>Caspofongine pour injection</i>	Fresenius	1	166,50	
02460947	<i>Caspofongine pour injection</i>	Juno	1	166,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj. I.V.			70 mg PPB		
02244266	<i>Cancidas</i>	Merck	1	222,00	
02486997	<i>Caspofongine pour injection</i>	Fresenius	1	166,50	
02460955	<i>Caspofongine pour injection</i>	Juno	1	166,50	

CEFTOBIPROLE

Pd. Perf. I.V.

			500 mg		
02446685	<i>Zevtera</i>	Avir	1	58,40	
			10	584,00	58,4000

CEFTOLOZANE (SULFATE DE)/TAZOBACTAM SODIQUE

Pd. Inj. I.V.

			1 g - 0,5 g		
02446901	<i>Zerbaxa</i>	Merck	10	1366,30	136,6300

CÉNOBAMATE

Co.

			12,5 mg		
02538652	<i>Xcopri</i>	Knight	30	264,00	8,8000

Co.

			12,5 mg (14 co.) - 25 mg (14 co.)		
02538776	<i>Xcopri (trousse de départ)</i>	Knight	28	246,40	8,8000

Co.

			25 mg		
02538660	<i>Xcopri</i>	Knight	30	264,00	8,8000

Co.

			50 mg		
02538725	<i>Xcopri</i>	Knight	30	264,00	8,8000

Co.

			50 mg (14 co.) - 100 mg (14 co.)		
02538784	<i>Xcopri (trousse de départ)</i>	Knight	28	246,40	8,8000

Co.

			100 mg		
02538733	<i>Xcopri</i>	Knight	30	264,00	8,8000

Co.

			150 mg		
02538741	<i>Xcopri</i>	Knight	30	264,00	8,8000

Co.

			150 mg (14 co.) - 200 mg (14 co.)		
02538792	<i>Xcopri (trousse de départ)</i>	Knight	28	246,40	8,8000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.			200 mg		
02538768	<i>Xcopri</i>	Knight	30	264,00	8,8000

CÉRITINIB

Caps.			150 mg		
02436779	<i>Zykadia</i>	Novartis	150	7800,00	52,0000

CERTOLIZUMAB PEGOL

Sol. Inj. S.C. (ser)			200 mg/ml (1 ml)		
02331675	<i>Cimzia</i>	U.C.B.	2	1262,56	631,2800

Sol. Inj. S.C. (stylo)			200 mg/ml (1 ml)		
02465574	<i>Cimzia</i>	U.C.B.	2	1262,56	631,2800

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA

Sol. Inj. S.C. (ser)			250 mcg		
02262088	<i>Ovidrel</i>	Serono	1	72,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			250 mcg/0,5 mL		
02371588	<i>Ovidrel</i>	Serono	1	72,00	

CINACALCET (CHLORHYDRATE DE)

Co.			30 mg PPB		
02452693	<i>Apo-Cinacalcet</i>	Apotex	30	82,25 ➡	2,7418
02478900	<i>Auro-Cinacalcet</i>	AuroPharma	30	82,25 ➡	2,7418
02524880	<i>Cinacalcet</i>	Sanis	30	82,25 ➡	2,7418
02500094	<i>Jamp Cinacalcet</i>	Jamp	30	82,25 ➡	2,7418
02480298	<i>Mar-Cinacalcet</i>	Marcan	30	82,25 ➡	2,7418
02481987	<i>M-Cinacalcet</i>	Mantra Ph.	30	82,25 ➡	2,7418
02434539	<i>Mylan-Cinacalcet</i>	Mylan	30	82,25 ➡	2,7418
02517604	<i>pms-Cinacalcet</i>	Phmscience	30	82,25 ➡	2,7418
02441624	<i>Teva-Cinacalcet</i>	Teva Can	30	82,25 ➡	2,7418

Co.			60 mg PPB		
02452707	<i>Apo-Cinacalcet</i>	Apotex	30	149,99 ➡	4,9995
02478919	<i>Auro-Cinacalcet</i>	AuroPharma	30	149,99 ➡	4,9995
02500108	<i>Jamp Cinacalcet</i>	Jamp	30	149,99 ➡	4,9995
02480301	<i>Mar-Cinacalcet</i>	Marcan	30	149,99 ➡	4,9995
02481995	<i>M-Cinacalcet</i>	Mantra Ph.	30	149,99 ➡	4,9995
02434547	<i>Mylan-Cinacalcet</i>	Mylan	30	149,99 ➡	4,9995
02517612	<i>pms-Cinacalcet</i>	Phmscience	30	149,99 ➡	4,9995
02441632	<i>Teva-Cinacalcet</i>	Teva Can	30	149,99 ➡	4,9995

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.		90 mg PPB			
02452715	<i>Apo-Cinacalcet</i>	Apotex	30	218,26 ➡	7,2752
02478943	<i>Auro-Cinacalcet</i>	AuroPharma	30	218,26 ➡	7,2752
02500116	<i>Jamp Cinacalcet</i>	Jamp	30	218,26 ➡	7,2752
02480328	<i>Mar-Cinacalcet</i>	Marcan	30	218,26 ➡	7,2752
02482002	<i>M-Cinacalcet</i>	Mantra Ph.	30	218,26 ➡	7,2752
02434555	<i>Mylan-Cinacalcet</i>	Mylan	30	218,26 ➡	7,2752
02517620	<i>pms-Cinacalcet</i>	Phmscience	30	218,26 ➡	7,2752
02441640	<i>Teva-Cinacalcet</i>	Teva Can	30	218,26 ➡	7,2752

CLADRIBINE

Co.		10 mg PPB			
02553295	<i>Apo-Cladribine</i>	Apotex	1	➡ 1766,60	➡ 1766,6000
			4	7066,40	
02470179	<i>Mavenclad</i>	Serono	1	3082,70	3082,7000
			4	12330,80	

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)

Cr. Vag.		20 mg/g			
02060604	<i>Dalacin</i>	Paladin	40 g	26,26	

COBIMÉTINIB

Co.		20 mg			
02452340	<i>Cotellic</i>	Roche	63	7567,00	120,1111

CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Sir.		25 mg/5 mL			
00050024	<i>Codéine</i>	Atlas	500 ml	31,39	0,0628

COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)

Co.		625 mg PPB			
02494051	<i>Apo-Colesevelam</i>	Apotex	180	106,76 ➡	0,5931
02373955	<i>Lodalis</i>	Bausch H.	180	198,00	1,1000

COLLAGÉNASE

Pom. Top.		250 U/g			
02063670	<i>Santyl</i>	S. & N.	30 g	87,50	2,9167

CRIZOTINIB

Caps.		200 mg			
02384256	<i>Xalkori</i>	Pfizer	60	7800,00	130,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				250 mg	
02384264	<i>Xalkori</i>	Pfizer	60	7800,00	130,0000

CROVALIMAB

Sol. Inj.				170 mg/mL (2 mL)	
02558262	<i>Piasky</i>	Roche	1	15980,00	

CYANOCOBALAMINE

Co. L.A.				1200 mcg PPB	
80106052	<i>AG-Vitamin B12 ER</i>	Angita	500	52,50	➡ 0,1050
80075338	<i>Alta-B12</i>	Altamed	500	52,50	➡ 0,1050
80025207	<i>Beduzil</i>	Orimed	500	52,50	➡ 0,1050
80091185	<i>Bio-Vitamine B12</i>	Biomed	500	52,50	➡ 0,1050
80126981	<i>i-Vitamin B12 ER</i>	InfoPharma	500	52,50	➡ 0,1050
80021427	<i>Jamp-Vitamine B12 L.A.</i>	Jamp	500	52,50	➡ 0,1050
80042834	<i>M-B12 1200 mcg L.A.</i>	Mantra Ph.	500	52,50	➡ 0,1050
80062941	<i>Opus Vitamine B12 L.A.</i>	Opus	500	52,50	➡ 0,1050
80091214	<i>Riva-Vitamine B12</i>	Riva	500	52,50	➡ 0,1050

Co. L.A.				1500 mcg	
80043158	<i>Beduzil 1500</i>	Orimed	500	52,50	0,1050

Sol. Orale				200 mcg/mL	
80026092	<i>Jamp-Vitamine B12</i>	Jamp	350 ml	12,50	0,0357

CYCLOSPORINE

Emuls. oph.				0,05 %	
02476835	<i>Restasis MultiDose</i>	AbbVie	7 ml	183,62	

Emuls. oph. (unidose)				0,05 % (0,4 mL) PPB	
02355655	<i>Restasis</i>	AbbVie	30	49,99	➡ 1,6663
			60	219,12	➡ 3,6520
02462486	<i>Teva-Cyclosporine</i>	Teva Can	30	49,99	➡ 1,6663

Emuls. oph. (unidose)				0,1 % (0,3 mL)	
02484137	<i>Verkazia</i>	Apotex	30	110,00	3,6667

CYSTÉAMINE

Sol. Oph.				0,37 %	
02485605	<i>Cystadrops</i>	RRDC	5 ml	1986,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**CYSTÉAMINE (BITARTRATE DE) **

Caps. L.A.

				25 mg	
02464705	<i>Procysbi</i>	Amgen	60	357,22	5,9537

Caps. L.A.

				75 mg	
02464713	<i>Procysbi</i>	Amgen	250	4465,25	17,8610

**DABIGATRAN ETEXILATE **

Caps.

				110 mg	PPB	
02468905	<i>Apo-Dabigatran</i>	Apotex	60	75,24	➡	1,2540
02312441	<i>Pradaxa</i>	Bo. Ing.	60	96,00		1,6000

Caps.

				150 mg	PPB	
02468913	<i>Apo-Dabigatran</i>	Apotex	60	75,24	➡	1,2540
02358808	<i>Pradaxa</i>	Bo. Ing.	60	96,00		1,6000

**DABRAFÉNIB (MÉSULATE DE) **

Caps.

				50 mg		
02409607	<i>Tafinlar</i>	Novartis	120	5066,67		42,2223

Caps.

				75 mg		
02409615	<i>Tafinlar</i>	Novartis	120	7600,00		63,3333

**DALBAVANCINE (CHLORHYDRATE DE) **

Pd. Perf. I.V.

				500 mg		
02480522	<i>Xydalba</i>	Paladin	1	957,17		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DAPAGLIFLOZINE

Co.

5 mg **PPB**

02533049	<i>AG-Dapagliflozin</i>	Angita	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02527189	<i>Apo-Dapagliflozin</i>	Apotex	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02531402	<i>Auro-Dapagliflozin</i>	AuroPharma	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02435462	<i>Forxiga</i>	AZC	30	73,50		2,4500
02519852	<i>GLN-Dapagliflozin</i>	Glenmark	30	20,48	➡	0,6825
			90	61,43	➡	0,6825
02531364	<i>JAMP Dapagliflozin</i>	Jamp	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02535297	<i>M-Dapagliflozin</i>	Mantra Ph.	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02538334	<i>NRA-Dapagliflozin</i>	Nora	30	20,48	➡	0,6825
			90	61,43	➡	0,6825
02531550	<i>pms-Dapagliflozin</i>	Phmscience	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02537656	<i>Pro-Dapagliflozin</i>	Pro Doc	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02528975	<i>Riva-Dapagliflozin</i>	Riva	30	20,48	➡	0,6825
			180	122,85	➡	0,6825
02518732	<i>Sandoz Dapagliflozin</i>	Sandoz	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825

Co.

10 mg **PPB**

02533057	<i>AG-Dapagliflozin</i>	Angita	30	20,48	➡	0,6825
			500	341,25	➡	0,6825
02527197	<i>Apo-Dapagliflozin</i>	Apotex	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02531410	<i>Auro-Dapagliflozin</i>	AuroPharma	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02435470	<i>Forxiga</i>	AZC	30	73,50		2,4500
02519860	<i>GLN-Dapagliflozin</i>	Glenmark	30	20,48	➡	0,6825
			90	61,43	➡	0,6825
02531372	<i>JAMP Dapagliflozin</i>	Jamp	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02535300	<i>M-Dapagliflozin</i>	Mantra Ph.	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02538342	<i>NRA-Dapagliflozin</i>	Nora	30	20,48	➡	0,6825
			90	61,43	➡	0,6825
02531569	<i>pms-Dapagliflozin</i>	Phmscience	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02537664	<i>Pro-Dapagliflozin</i>	Pro Doc	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
02528983	<i>Riva-Dapagliflozin</i>	Riva	30	20,48	➡	0,6825
			180	122,85	➡	0,6825
02518740	<i>Sandoz Dapagliflozin</i>	Sandoz	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**DAPAGLIFLOZINE (INSUFFISANCE CARDIAQUE, FRACTION D'ÉJECTION >40%) **

Co.				5 mg	PPB	
99114560	<i>AG-Dapagliflozin</i>	Angita	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114539	<i>Apo-Dapagliflozin</i>	Apotex	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114562	<i>JAMP Dapagliflozin</i>	Jamp	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114564	<i>M-Dapagliflozin</i>	Mantra Ph.	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114577	<i>NRA-Dapagliflozin</i>	Nora	30	20,48	➡	0,6825
			90	61,43	➡	0,6825
99114543	<i>pms-Dapagliflozin</i>	Phmscience	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114559	<i>Pro-Dapagliflozin</i>	Pro Doc	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114570	<i>Riva-Dapagliflozin</i>	Riva	30	20,48	➡	0,6825
			180	122,85	➡	0,6825
99114568	<i>Sandoz Dapagliflozin</i>	Sandoz	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825

Co.				10 mg	PPB	
99114561	<i>AG-Dapagliflozin</i>	Angita	30	20,48	➡	0,6825
			500	341,25	➡	0,6825
99114540	<i>Apo-Dapagliflozin</i>	Apotex	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114563	<i>JAMP Dapagliflozin</i>	Jamp	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114565	<i>M-Dapagliflozin</i>	Mantra Ph.	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114576	<i>NRA-Dapagliflozin</i>	Nora	30	20,48	➡	0,6825
			90	61,43	➡	0,6825
99114541	<i>pms-Dapagliflozin</i>	Phmscience	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114558	<i>Pro-Dapagliflozin</i>	Pro Doc	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825
99114569	<i>Riva-Dapagliflozin</i>	Riva	30	20,48	➡	0,6825
			180	122,85	➡	0,6825
99114567	<i>Sandoz Dapagliflozin</i>	Sandoz	30	20,48	➡	0,6825
			100	68,25	➡	0,6825

**DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.				5 mg -850 mg	PPB	
02536153	<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin</i>	Apotex	60	38,59	➡	0,6432
02533073	<i>Auro-Dapagliflozin/ Metformin</i>	AuroPharma	60	38,59	➡	0,6432
			500	321,60	➡	0,6432
02449935	<i>Xigduo</i>	AZC	60	73,50		1,2250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg -1000 mg PPB		
02536161	<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin</i>	Apotex	60	38,59	➡ 0,6432
02533081	<i>Auro-Dapagliflozin/ Metformin</i>	AuroPharma	60	38,59	➡ 0,6432
			100	64,32	➡ 0,6432
02449943	<i>Xigduo</i>	AZC	60	73,50	1,2250

DARBÉPOÉTINE ALFA

Seringue			10 mcg/0,4 mL		
02392313	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	107,20	26,8000

Seringue			20 mcg/0,5 mL		
02392321	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	214,40	53,6000

Seringue			30 mcg/0,3 mL		
02392348	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	321,60	80,4000

Seringue			40 mcg/0,4 mL		
02391740	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	428,80	107,2000

Seringue			50 mcg/0,5 mL		
02391759	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	536,00	134,0000

Seringue			60 mcg/0,3 mL		
02392356	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	643,20	160,8000

Seringue			80 mcg/0,4 mL		
02391767	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	857,60	214,4000

Seringue			100 mcg/0,5 mL		
02391775	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	1072,00	268,0000

Seringue			130 mcg/0,65 mL		
02391783	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	1393,60	348,4000

Seringue			150 mcg/0,3 mL		
02391791	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	1608,00	402,0000

Seringue			200 mcg/0,4 mL		
02391805	<i>Aranesp</i>	Amgen	1	536,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Seringue

300 mcg/0,6 mL

02391821	<i>Aranesp</i>	Amgen	1	828,00	

Seringue

500 mcg/1,0 mL

02392364	<i>Aranesp</i>	Amgen	1	1380,00	

DAROLUTAMIDE

Co.

300 mg

02496348	<i>Nubeqa</i>	Bayer	120	3401,28	28,3440

DARUNAVIR

Co.

600 mg **PPB**

02487241	<i>Apo-Darunavir</i>	Apotex	60	257,82	➡ 4,2970
02486121	<i>Auro-Darunavir</i>	AuroPharma	60	257,82	➡ 4,2970
02521342	<i>Darunavir</i>	Jamp	60	257,82	➡ 4,2970
02522284	<i>M-Darunavir</i>	Mantra Ph.	60	257,82	➡ 4,2970

DASATINIB

Co.

20 mg **PPB**

02470705	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	290,14	➡ 9,6713
02514737	<i>Reddy-Dasatinib</i>	Dr Reddy's	60	580,28	➡ 9,6713
02293129	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	60	2195,08	36,5847
02499282	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	60	580,28	➡ 9,6713
02478307	<i>Teva-Dasatinib</i>	Teva Can	30	290,14	➡ 9,6713
			60	580,28	➡ 9,6713

Co.

50 mg **PPB**

02470713	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	583,93	➡ 19,4642
02514745	<i>Reddy-Dasatinib</i>	Dr Reddy's	60	1167,85	➡ 19,4642
02293137	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	60	4390,13	73,1688
02499304	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	60	1167,85	➡ 19,4642
02478315	<i>Teva-Dasatinib</i>	Teva Can	30	583,93	➡ 19,4642
			60	1167,85	➡ 19,4642

Co.

70 mg **PPB**

02481499	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	643,53	➡ 21,4511
02514753	<i>Reddy-Dasatinib</i>	Dr Reddy's	60	1287,07	➡ 21,4511
02293145	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	60	4841,45	80,6908
02499312	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	60	1287,07	➡ 21,4511
02478323	<i>Teva-Dasatinib</i>	Teva Can	30	643,53	➡ 21,4511
			60	1287,07	➡ 21,4511

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 100 mg PPB					
02470721	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	1167,06 ➡	38,9021
02514788	<i>Reddy-Dasatinib</i>	Dr Reddy's	30	1167,06 ➡	38,9021
02320193	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	30	4390,13	146,3377
02499339	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	30	1167,06 ➡	38,9021
02478358	<i>Teva-Dasatinib</i>	Teva Can	30	1167,06 ➡	38,9021

DEUCRAVACITINIB

Co. 6 mg					
02533030	<i>Sotyktu</i>	B.M.S.	28	1104,60	39,4500
			90	3550,50	39,4500

DEXAMÉTHASONE

Implant Intravitréen 0,7 mg					
02363445	<i>Ozurdex</i>	AbbVie	1	1295,00	

DICLOFÉNAC SODIQUE

Sol. Oph. 0,1 % PPB					
02441020	<i>Apo-Diclofenac Ophtalmic</i>	Apotex	5 ml	➡ 6,20	
02475065	<i>Diclofenac</i>	Stulln	3 ml	3,72	
			15 ml	➡ 18,60	
02534525	<i>JAMP Diclofenac</i>	Jamp	5 ml	➡ 6,20	
02475197	<i>Mint-Diclofenac</i>	Mint	5 ml	➡ 6,20	
02454807	<i>Sandoz Diclofenac Ophtha</i>	Sandoz	5 ml	➡ 6,20	
			10 ml	➡ 12,40	
01940414	<i>Voltaren Ophtha</i>	Novartis	5 ml	12,60	
			10 ml	25,21	

DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)

Caps. L.A. 120 mg PPB					
02495341	<i>ACH-Dimethyl Fumarate</i>	Accord	14	61,97 ➡	4,4264
02505762	<i>Apo-Dimethyl Fumarate</i>	Apotex	14	61,97 ➡	4,4264
			56	247,88 ➡	4,4264
02540746	<i>Auro-Dimethyl Fumarate</i>	AuroPharma	14	61,97 ➡	4,4264
			56	247,88 ➡	4,4264
02494809	<i>GLN-Dimethyl Fumarate</i>	Glenmark	14	61,97 ➡	4,4264
02516047	<i>Jamp Dimethyl Fumarate</i>	Jamp	56	247,88 ➡	4,4264
02502690	<i>Mar-Dimethyl Fumarate</i>	Marcan	56	247,88 ➡	4,4264
02497026	<i>pms-Dimethyl Fumarate</i>	Phmscience	14	61,97 ➡	4,4264
			56	247,88 ➡	4,4264
02513781	<i>Sandoz Dimethyl Fumarate</i>	Sandoz	56	247,88 ➡	4,4264
02404508	<i>Tecfidera</i>	Biogen	14	178,36	12,7396
			56	713,42	12,7396

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps. L.A.

240 mg **PPB**

02495368	<i>ACH-Dimethyl Fumarate</i>	Accord	56	486,57	➡ 8,6888
02505770	<i>Apo-Dimethyl Fumarate</i>	Apotex	56	486,57	➡ 8,6888
02540754	<i>Auro-Dimethyl Fumarate</i>	AuroPharma	14	121,64	➡ 8,6888
			56	486,57	➡ 8,6888
02494817	<i>GLN-Dimethyl Fumarate</i>	Glenmark	60	521,33	➡ 8,6888
02516055	<i>Jamp Dimethyl Fumarate</i>	Jamp	56	486,57	➡ 8,6888
02502704	<i>Mar-Dimethyl Fumarate</i>	Marcan	56	486,57	➡ 8,6888
02497034	<i>pms-Dimethyl Fumarate</i>	Phmscience	56	486,57	➡ 8,6888
02513803	<i>Sandoz Dimethyl Fumarate</i>	Sandoz	56	486,57	➡ 8,6888
02420201	<i>Tecfidera</i>	Biogen	56	1426,85	25,4795

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

50 mg **PPB**

02257556	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	100	7,04	➡ 0,0704
			500	35,20	➡ 0,0704
00757691	<i>pdp-Diphenhydramine</i>	Pendopharm	100	7,04	➡ 0,0704
			500	35,20	➡ 0,0704

Co. ou Caps.

25 mg **PPB**

02257548	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	250	13,35	➡ 0,0534
			500	26,70	➡ 0,0534
02239029	<i>Nadryl 25</i>	Riva	100	5,34	➡ 0,0534
00757683	<i>pdp-Diphenhydramine</i>	Pendopharm	100	5,34	➡ 0,0534

DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)

Caps.

200 mg L.A. - 25 mg

02471051	<i>Taro-Dipyridamole/ASA</i>	Taro	60	39,94	0,6656

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.

5 mg **PPB**

02432684	<i>AG-Donpezil</i>	Angita	100	45,86	➡	0,4586
02362260	<i>Apo-Donpezil</i>	Apotex	100	45,86	➡	0,4586
02232043	<i>Aricept</i>	Pfizer	30	141,67		4,7223
02400561	<i>Auro-Donpezil</i>	AuroPharma	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02412853	<i>Bio-Donpezil</i>	Biomed	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02402645	<i>Donepezil</i>	Accord	100	45,86	➡	0,4586
02475278	<i>Donepezil</i>	Riva	100	45,86	➡	0,4586
02426846	<i>Donepezil</i>	Sanis	100	45,86	➡	0,4586
02420597	<i>Donepezil</i>	Sivem	100	45,86	➡	0,4586
02416948	<i>Jamp-Donpezil Tablets</i>	Jamp	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02402092	<i>Mar-Donpezil</i>	Marcan	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02467453	<i>M-Donpezil</i>	Mantra Ph.	100	45,86	➡	0,4586
02408600	<i>Mint-Donpezil</i>	Mint	100	45,86	➡	0,4586
02535386	<i>NRA-Donpezil</i>	Nora	100	45,86	➡	0,4586
02322331	<i>pms-Donpezil</i>	Phmscience	100	45,86	➡	0,4586
02416417	<i>Pro-Donpezil</i>	Pro Doc	100	45,86	➡	0,4586
02328666	<i>Sandoz Donepezil</i>	Sandoz	100	45,86	➡	0,4586
02381508	<i>Taro-Donpezil</i>	Sun Pharma	100	45,86	➡	0,4586
			500	229,30	➡	0,4586
02340607	<i>Teva-Donpezil</i>	Teva Can	100	45,86	➡	0,4586

Co.

10 mg **PPB**

02432692	<i>AG-Donpezil</i>	Angita	100	45,86	➡	0,4586
02362279	<i>Apo-Donpezil</i>	Apotex	100	45,86	➡	0,4586
02232044	<i>Aricept</i>	Pfizer	28	132,23		4,7223
			30	141,67		4,7223
02400588	<i>Auro-Donpezil</i>	AuroPharma	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02412861	<i>Bio-Donpezil</i>	Biomed	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02402653	<i>Donepezil</i>	Accord	100	45,86	➡	0,4586
02475286	<i>Donepezil</i>	Riva	100	45,86	➡	0,4586
02426854	<i>Donepezil</i>	Sanis	100	45,86	➡	0,4586
02420600	<i>Donepezil</i>	Sivem	100	45,86	➡	0,4586
02416956	<i>Jamp-Donpezil Tablets</i>	Jamp	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02402106	<i>Mar-Donpezil</i>	Marcan	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586
02467461	<i>M-Donpezil</i>	Mantra Ph.	100	45,86	➡	0,4586
02408619	<i>Mint-Donpezil</i>	Mint	100	45,86	➡	0,4586
02535394	<i>NRA-Donpezil</i>	Nora	100	45,86	➡	0,4586
02322358	<i>pms-Donpezil</i>	Phmscience	100	45,86	➡	0,4586
02416425	<i>Pro-Donpezil</i>	Pro Doc	100	45,86	➡	0,4586
02328682	<i>Sandoz Donepezil</i>	Sandoz	100	45,86	➡	0,4586
02381516	<i>Taro-Donpezil</i>	Sun Pharma	100	45,86	➡	0,4586
			500	229,30	➡	0,4586
02340615	<i>Teva-Donpezil</i>	Teva Can	30	13,76	➡	0,4586
			100	45,86	➡	0,4586

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

DORNASE ALFA

Sol. pour Inh.

			1 mg/mL (2,5 mL)		
02046733	<i>Pulmozyme</i>	Roche	30	1130,66	37,6887

DULAGLUTIDE

Sol. Inj. S.C.

			0,75 mg/0,5 mL		
02448599	<i>Trulicity</i>	Lilly	4	168,28	42,0700

Sol. Inj. S.C.

			1,5 mg/0,5 mL		
02448602	<i>Trulicity</i>	Lilly	4	168,28	42,0700

DUPILUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

			150 mg/mL (2 mL)		
02470365	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

Sol. Inj. S.C. (ser)

			175 mg/mL (1,14 mL)		
02492504	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

Sol. Inj. S.C. (stylo)

			150 mg/mL (2 mL)		
02510049	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

Sol. Inj. S.C. (stylo)

			175 mg/mL (1,14 mL)		
02524252	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

ÉCULIZUMAB

Sol. Perf. I.V.

			10 mg/mL (30 mL)		
02322285	<i>Soliris</i>	Alexion	1	6675,30	

ÉDARAVONE

Susp. Orale

			105 mg/5 mL		
02532611	<i>Radicava</i>	Mitsubishi	50 ml 70 ml	9200,00 12880,00	184,0000 184,0000

EFGARTIGIMOD ALFA

Sol. Perf. I.V.

			20 mg/mL (20 mL)		
02541599	<i>Vyvgart</i>	Argenx	1	7900,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ÉLÉXACAFITOR/TÉZACAFITOR/IVACAFITOR ET IVACAFITOR (EMBALLAGE COMBINÉ) **

Trousse (orale solide) 50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg					
02526670	<i>Trikafta</i>	Vertex	84	23520,00	

Trousse (orale solide) 80 mg - 40 mg - 60 mg et 59,5 mg					
02542285	<i>Trikafta</i>	Vertex	56	23520,00	

Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg					
02542277	<i>Trikafta</i>	Vertex	56	23520,00	

Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg et 150 mg					
02517140	<i>Trikafta</i>	Vertex	84	23520,00	

**ELTROMBOPAG **

Co. 25 mg PPB					
02506742	<i>Apo-Eltrombopag</i>	Apotex	28	1249,50	➔ 44,6250
02361825	<i>Revolade</i>	Novartis	14	735,00	52,5000
			28	1470,00	52,5000

Co. 50 mg PPB					
02506769	<i>Apo-Eltrombopag</i>	Apotex	28	2499,00	➔ 89,2500
02361833	<i>Revolade</i>	Novartis	14	1470,00	105,0000
			28	2940,00	105,0000

**ÉMETTEUR DEXCOM G6 **

Émetteur					
99113875	<i>Dexcom G6</i>	Dexcom	1	29,00	

**EMPAGLIFLOZINE **

Co. 10 mg					
02443937	<i>Jardiance</i>	Bo. Ing.	30	78,53	2,6177
			90	235,59	2,6177

Co. 25 mg					
02443945	<i>Jardiance</i>	Bo. Ing.	30	78,53	2,6177
			90	235,59	2,6177

**EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co. 5 mg - 500 mg					
02456575	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.	5 mg - 850 mg				
02456583	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.	5 mg -1000 mg				
02456591	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.	12,5 mg - 500 mg				
02456605	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.	12,5 mg - 850 mg				
02456613	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.	12,5 mg - 1000 mg				
02456621	<i>Synjardy</i>	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

ENCORAFÉNIB

Caps.	75 mg				
02513099	<i>Braftovi</i>	Pfizer	120 180	6030,00 9045,00	50,2500 50,2500

ENFUVRTIDE

Pd. Inj. S.C.	108 mg				
* 02247725	<i>Fuzeon</i>	Roche	60	2385,60	R

ENTRECTINIB

Caps.	100 mg				
02495007	<i>Rozlytrek</i>	Roche	30	1430,00	47,6667

Caps.	200 mg				
02495015	<i>Rozlytrek</i>	Roche	90	8580,00	95,3333

ENZALUTAMIDE

Caps.	40 mg PPB				
02562677	<i>Apo-Enzalutamide</i>	Apotex	120	875,87	➡ 7,2989
02494736	<i>Auro-Enzalutamide</i>	AuroPharma	120	875,87	➡ 7,2989
02515229	<i>JAMP Enzalutamide</i>	Jamp	120	875,87	➡ 7,2989
02558424	<i>Reddy-Enzalutamide</i>	Dr Reddy's	112	817,48	➡ 7,2989
02407329	<i>Xtandi</i>	Astellas	120	3401,40	28,3450

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ÉPLÉRÉNONE

Co.				25 mg	PPB	
02323052	<i>Inspira</i>	BGP Pharma	30	76,69		2,5563
02543389	<i>Jamp Eplerenone</i>	Jamp	30	41,19	➡	1,3730
			90	123,57	➡	1,3730
02471442	<i>Mint-Eplerenone</i>	Mint	90	123,57	➡	1,3730

Co.				50 mg	PPB	
02323060	<i>Inspira</i>	BGP Pharma	30	76,69		2,5563
02543397	<i>Jamp Eplerenone</i>	Jamp	30	41,19	➡	1,3730
			90	123,57	➡	1,3730
02471450	<i>Mint-Eplerenone</i>	Mint	90	123,57	➡	1,3730

ÉPLONTERSEN

Sol. Inj. S.C. (stylo)				56 mg /mL (0,8 mL)		
02548909	<i>Wainua</i>	AZC	1	47680,33		

ÉPOÉTINE ALFA

Seringue				1 000 UI/0,5 mL		
02231583	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	85,50		14,2500

Seringue				2 000 UI/0,5 mL		
02231584	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	171,00		28,5000

Seringue				3 000 UI/0,3 mL		
02231585	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	256,50		42,7500

Seringue				4 000 UI/0,4 mL		
02231586	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	342,00		57,0000

Seringue				5 000 UI/0,5 mL		
02243400	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	427,50		71,2500

Seringue				6 000 UI/0,6 mL		
02243401	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	513,00		85,5000

Seringue				8 000 UI/0,8 mL		
02243403	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	684,00		114,0000

Seringue				10 000 UI/1,0 mL		
02231587	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	803,70		133,9500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue 20 000 UI/0,5 mL					
02243239	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	1	278,52	
Seringue 30 000 UI/0,75 mL					
02288680	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	1	357,19	
Seringue 40 000 UI/mL (1 mL)					
02240722	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	1	417,77	
ÉPOPROSTÉNOLO SODIQUE 					
Pd. Inj.				0,5 mg PPB	
02397447	<i>Caripul</i>	Janss. Inc	1	➡ 17,18	
02230845	<i>Flolan</i>	GSK	1	18,13	
Pd. Inj.				1,5 mg PPB	
02397455	<i>Caripul</i>	Janss. Inc	1	➡ 34,45	
02230848	<i>Flolan</i>	GSK	1	36,26	
EPTINÉZUMAB 					
Sol. Perf. I.V.				100 mg/mL (1 mL)	
02510839	<i>Vyepti</i>	Lundbeck	1	1665,00	
Sol. Perf. I.V.				100 mg/mL (3 mL)	
* 02542269	<i>Vyepti</i>	Lundbeck	1	1665,00	
ERDAFITINIB 					
Co.				3 mg	
02493217	<i>Balversa</i>	Janss. Inc	56 84	8865,36 13298,04	158,3100 158,3100
Co.				4 mg	
02493225	<i>Balversa</i>	Janss. Inc	28 56	5910,24 11820,48	211,0800 211,0800
Co.				5 mg	
02493233	<i>Balversa</i>	Janss. Inc	28	7387,80	263,8500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D') **

Co.				200 mg	PPB	
02537931	<i>Apo-Eslicarbazepine</i>	Apotex	30	148,05	➡	4,9350
02426862	<i>Aptiom</i>	Sumitomo	30	286,80		9,5600
02527421	<i>Auro-Eslicarbazepine</i>	AuroPharma	30	148,05	➡	4,9350

Co.				400 mg	PPB	
02537958	<i>Apo-Eslicarbazepine</i>	Apotex	30	148,05	➡	4,9350
02426870	<i>Aptiom</i>	Sumitomo	30	286,80		9,5600
02527448	<i>Auro-Eslicarbazepine</i>	AuroPharma	30	148,05	➡	4,9350

Co.				600 mg	PPB	
02537966	<i>Apo-Eslicarbazepine</i>	Apotex	30	148,05	➡	4,9350
02426889	<i>Aptiom</i>	Sumitomo	60	573,60		9,5600
02527456	<i>Auro-Eslicarbazepine</i>	AuroPharma	60	296,10	➡	4,9350

Co.				800 mg	PPB	
02537974	<i>Apo-Eslicarbazepine</i>	Apotex	30	148,05	➡	4,9350
02426897	<i>Aptiom</i>	Sumitomo	30	286,80		9,5600
02527464	<i>Auro-Eslicarbazepine</i>	AuroPharma	30	148,05	➡	4,9350

**ESTRADIOL-17B **

Timbre cut.				0,025 mg/24 h (4) et (8)	PPB	
02247499	<i>Climara-25</i>	Bayer	4	19,67		4,9175
02245676	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	20,04		2,5050
02243722	<i>Oesclim 25</i>	Search Phm	8	19,28	➡	2,4100

Timbre cut.				0,0375 mg/24 h		
02243999	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	20,04		2,5050

Timbre cut.				0,05 mg/24 h (4) et (8)	PPB	
02231509	<i>Climara -50</i>	Bayer	4	21,01		5,2525
02244000	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	21,44		2,6800
02243724	<i>Oesclim 50</i>	Search Phm	8	19,85		2,4813
02246967	<i>Sandoz Estradiol Derm 50</i>	Sandoz	8	16,80	➡	2,1000

Timbre cut.				0,075 mg/24 h (4) et (8)	PPB	
02247500	<i>Climara-75</i>	Bayer	4	22,40		5,6000
02244001	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	23,00		2,8750
02246968	<i>Sandoz Estradiol Derm 75</i>	Sandoz	8	17,90	➡	2,2375

Timbre cut.				0,1 mg/24 h		
02244002	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	23,88		2,9850
02246969	<i>Sandoz Estradiol Derm 100</i>	Sandoz	8	18,70		2,3375

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) **

Timbre cut.

0,05 mg -0,14 mg/24 h

02241835	<i>Estalis 140/50</i>	Sandoz	8	23,95	2,9938

Timbre cut.

0,05 mg -0,25 mg/24 h

02241837	<i>Estalis 250/50</i>	Sandoz	8	23,95	2,9938

**ÉTANERCEPT **

Sol. Inj. S.C.

50 mg/mL (0,5 mL)

02462877	<i>Erelzi (seringue)</i>	Sandoz	4	482,00	120,5000

Sol. Inj. S.C.

50 mg/mL (1 mL)

02455323	<i>Brenzys (seringue)</i>	Organon	4	944,72	236,1800
02455331	<i>Brenzys (stylo)</i>	Organon	4	944,72	236,1800
02462869	<i>Erelzi (seringue)</i>	Sandoz	4	964,00	241,0000
02462850	<i>Erelzi SensoReady Pen</i>	Sandoz	4	964,00	241,0000
02530295	<i>Rymti (seringue)</i>	Lupin	4	944,72	236,1800
02530309	<i>Rymti (stylo)</i>	Lupin	4	944,72	236,1800

**ÉTRASIMOD (L-ARGININE D') **

Co.

2 mg

02544903	<i>Velsipity</i>	Pfizer	30	1293,00	43,1000

**ÉTRAVIRINE **

Co.

100 mg

02306778	<i>Intelence</i>	Janss. Inc	120	671,40	5,5950

Co.

200 mg

02375931	<i>Intelence</i>	Janss. Inc	60	654,00	10,9000

**ÉVÉROLIMUS **

Co.

 2,5 mg **PPB**

02369257	<i>Afinitor</i>	Novartis	30	5580,00	186,0000
02530090	<i>NAT-Everolimus</i>	Natco	30	1519,91	➡ 50,6635
02504677	<i>pms-Everolimus</i>	Phmscience	30	1519,91	➡ 50,6635
02532409	<i>Reddy-Everolimus</i>	Dr Reddy's	30	1519,91	➡ 50,6635
02492911	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	30	1519,91	➡ 50,6635
02463229	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	30	1519,91	➡ 50,6635

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

5 mg **PPB**

02339501	<i>Afinitor</i>	Novartis	30	5580,00	186,0000
02530104	<i>NAT-Everolimus</i>	Natco	30	1519,91 ➡	50,6635
02504685	<i>pms-Everolimus</i>	Phmscience	30	1519,91 ➡	50,6635
02532417	<i>Reddy-Everolimus</i>	Dr Reddy's	30	1519,91 ➡	50,6635
02492938	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	30	1519,91 ➡	50,6635
02463237	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	30	1519,91 ➡	50,6635

Co.

10 mg **PPB**

02339528	<i>Afinitor</i>	Novartis	30	5580,00	186,0000
02530120	<i>NAT-Everolimus</i>	Natco	30	1519,91 ➡	50,6635
02504693	<i>pms-Everolimus</i>	Phmscience	30	1519,91 ➡	50,6635
02532433	<i>Reddy-Everolimus</i>	Dr Reddy's	30	1519,91 ➡	50,6635
02492946	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	30	1519,91 ➡	50,6635
02463253	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	30	1519,91 ➡	50,6635

ÉVINACUMAB

Sol. Perf. I.V.

150 mg/mL (2,3 mL)

02541769	<i>Evkeeza</i>	Ultragenyx	2,3 ml	10163,70	

ÉVOLOCUMAB

Sol. Inj. S.C. (stylo)

140 mg/mL (1 mL)

02446057	<i>Repatha</i>	Amgen	2	503,82	251,9100

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES

Co. S-Ling.

100 IR

02381885	<i>Oralair</i>	Stallergen	3	3,78	1,2600

Co. S-Ling.

300 IR

02381893	<i>Oralair</i>	Stallergen	30	114,00	3,8000
			90	342,00	3,8000

Co. S-Ling.

2800 UAB

02418304	<i>Grastek</i>	ALK-Abello	30	114,00	3,8000

FARICIMAB

Sol. Inj.

120 mg/mL (0,24 mL)

02527618	<i>Vabysmo</i>	Roche	1	1350,00	

Sol. Inj. (ser)

120 mg/mL (0,175 mL)

02554003	<i>Vabysmo</i>	Roche	1	1350,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FEBUXOSTAT

Co.

 80 mg **PPB**

02533243	<i>Auro-Febuxostat</i>	AuroPharma	30	11,93	➡	0,3975
			100	39,75	➡	0,3975
02539837	<i>Febuxostat</i>	Sanis	100	39,75	➡	0,3975
02490870	<i>Jamp-Febuxostat</i>	Jamp	30	11,93	➡	0,3975
02473607	<i>Mar-Febuxostat</i>	Marcan	100	39,75	➡	0,3975
02549425	<i>M-Febuxostat</i>	Mantra Ph.	100	39,75	➡	0,3975
02466198	<i>Teva-Febuxostat</i>	Teva Can	100	39,75	➡	0,3975

FÉDRATINIB

Caps.

100 mg

02502445	<i>Inrebic</i>	Celgene	120	10127,16		84,3930

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)

Co. L.A.

 4 mg **PPB**

02521768	<i>Sandoz Fesoterodine Fumarate</i>	Sandoz	30	33,75	➡	1,1250
			100	112,50	➡	1,1250
02380021	<i>Toviaz</i>	Pfizer	30	45,00		1,5000

Co. L.A.

 8 mg **PPB**

02521776	<i>Sandoz Fesoterodine Fumarate</i>	Sandoz	30	33,75	➡	1,1250
			100	112,50	➡	1,1250
02380048	<i>Toviaz</i>	Pfizer	30	45,00		1,5000

FIDAXOMICINE

Co.

200 mg

02387174	<i>Difcid</i>	Merck	20	1584,00		79,2000

FINÉRÉNONE

Co.

10 mg

02531917	<i>Kerendia</i>	Bayer	90	293,08		3,2564

Co.

20 mg

02531925	<i>Kerendia</i>	Bayer	90	293,08		3,2564

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE) **

Caps.

 0,5 mg **PPB**

02469936	<i>Apo-Fingolimod</i>	Apotex	28	608,66	➡ 21,7380
02365480	<i>Gilenya</i>	Novartis	28	2384,62	85,1650
02487772	<i>Jamp Fingolimod</i>	Jamp	30	652,14	➡ 21,7380
02474743	<i>Mar-Fingolimod</i>	Marcan	30	652,14	➡ 21,7380
02469715	<i>Mylan-Fingolimod</i>	Mylan	28	608,66	➡ 21,7380
02469782	<i>pms-Fingolimod</i>	Phmscience	28	608,66	➡ 21,7380
02482606	<i>Sandoz Fingolimod</i>	Sandoz	28	608,66	➡ 21,7380
02469618	<i>Taro-Fingolimod</i>	Taro	28	608,66	➡ 21,7380
02469561	<i>Teva-Fingolimod</i>	Teva Can	30	652,14	➡ 21,7380

**FLUCONAZOLE **

Susp. Orale

50 mg/5 mL

02024152	<i>Diffucan</i>	Pfizer	35 ml	33,65	0,9614

**FOLLITROPINE ALPHA **

Sol. Inj. S.C. (stylo)

300 UI

02270404	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	283,50	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

450 UI

02270390	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	425,25	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

900 UI

02270382	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	850,50	

**FOLLITROPINE BÊTA **

Cartouche

300 UI

02243948	<i>Puregon</i>	Organon	1	291,00	

Cartouche

600 UI

99100718	<i>Puregon</i>	Organon	1	582,00	

Cartouche

900 UI

99100637	<i>Puregon</i>	Organon	1	873,00	

**FOLLITROPINE DELTA **

Sol. Inj. S.C. (stylo)

12 mcg/0,36 mL

02487462	<i>Rekovel</i>	Ferring	1	178,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj. S.C. (stylo)

36 mcg/1,08 mL

02487470	Rekovel	Ferring	1	536,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

72 mcg/2,16 mL

02487489	Rekovel	Ferring	1	1073,00	

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE

Pd. pour Inh.

6 mcg -100 mcg/dose

02245385	Symbicort 100 Turbuhaler	AZC	120 dose(s)	62,50	

Pd. pour Inh.

6 mcg -200 mcg/dose

02245386	Symbicort 200 Turbuhaler	AZC	120 dose(s)	81,25	

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Aéro. oral

5,0 mcg - 160 mcg - 7,2 mcg /dose

* 02518058	Breztri Aerosphere	AZC	120 dose(s)	127,00	

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Aéro. oral

5 mcg - 100 mcg

02361752	Zenhale	Organon	120 dose(s)	78,00	

Aéro. oral

5 mcg - 200 mcg

02361760	Zenhale	Organon	120 dose(s)	96,00	

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE

Liq.

237 mL à 250 mL suppl.

99113795	KetoCal 4:1 (toutes saveurs)	Nutricia	27	145,00	5,3704
99113796	KetoVie 4:1 chocolat	Ajinomoto	30	171,97	5,7323
99114005	KetoVie 4:1 non aromatisé	Ajinomoto	30	171,97	5,7323
99113797	KetoVie 4:1 vanille	Ajinomoto	30	171,97	5,7323

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE

Pd. Orale

300 g suppl.

99113792	KetoCal 4:1	Nutricia	6	180,00	30,0000

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE (ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT OU DE SOYA)

Liq.

250 mL suppl.

99114030	KetoVie 4:1 LQ Plant Based Protein	Ajinomoto	30	267,07	8,9023

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE)

Liq.				250 mL	suppl.
99113949	<i>KetoVie Peptide 4:1</i>	Ajinomoto	30	267,07	8,9023

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ

Pd. Orale				454 g	suppl.
99101093	<i>SolCarb</i>	Medica	6	59,94	9,9900

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE

Liq.					suppl.
99100217	<i>Triglycérides à chaîne moyenne</i>	Nestlé H.S	946 ml	36,71	

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Liq.				237 mL	suppl.
* 99100206	<i>Alimentum</i>	Abbott	1	1,68	

Pd. Orale Péd.				454 g	suppl.
99100532	<i>Nutramigen A+</i>	M.J.	1	18,46	
99100533	<i>Pregestimil A+</i>	M.J.	1	23,18	

Pd. Orale Péd.				561 g	suppl.
* 99114521	<i>Nutramigen A+</i>	M.J.	1	33,32	
99101338	<i>Nutramigen A+ LGG</i>	M.J.	1	33,32	

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Pd. Orale				400 g	suppl.
99114374	<i>Modilac Expert Riz</i>	F.Savencia	400 g	18,65	

FORMULE NUTRITIVE - INSUFFISANCE RÉNALE (ENFANT)

Liq.				200 mL	suppl.
* 99114311	<i>Renastep</i>	Vitaflor	15	139,33	9,2887

Pd.				400 g	suppl.
99113884	<i>Renastart</i>	Vitaflor	6	253,65	42,2750

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO

Pd. Orale				410 g	suppl.
00881201	<i>Portagen</i>	M.J.	1	20,22	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE

Pd. Orale			48,7 g/sachet suppl.		
99000229	<i>Vivonex Pédiatrique</i>	Nestlé H.S	6	39,42	6,5700

Pd. Orale			79,5 g/ sac. suppl.		
00921017	<i>Vivonex Plus</i>	Nestlé H.S	6	39,39	6,5650

Pd. Orale			80 g/sac. suppl.		
00861464	<i>Tolerex</i>	Nestlé H.S	6	28,02	4,6700

Pd. Orale			80,4 g/sac. suppl.		
00895229	<i>Vivonex T.E.N.</i>	Nestlé H.S	10	81,61	8,1607

Pd. Orale Péd.			400 g suppl.		
99114278	<i>Alfamino Junior</i>	Nestlé H.S	6	362,66	60,4433

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)

Liq.			237 mL suppl.		
99100463	<i>Neocate Splash Junior (toutes saveurs)</i>	Nutricia	27	178,76	6,6207

Pd. Orale Péd.			400 g suppl.		
99114069	<i>EquaCare Jr (toutes saveurs)</i>	Ajinomoto	6	242,06	40,3433
99114004	<i>Essential Care Jr</i>	Ajinomoto	6	280,26	46,7100
* 99100892	<i>Neocate avec DHA et ARA</i>	Nutricia	4	232,32	58,0800
99004402	<i>Neocate Junior</i>	Nutricia	4	191,23	47,8075
* 99100790	<i>Neocate Junior avec fibres (toutes saveurs)</i>	Nutricia	4	233,16	58,2900
99100715	<i>Puramino A+</i>	M.J.	1	51,66	
* 99101278	<i>Puramino A+ Junior</i>	M.J.	1	51,20	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS

Liq.			1 L suppl.		
99003635	<i>Compleat 1.06</i>	Nestlé H.S	1	7,45	
99114340	<i>Glucerna 1.2 Cal</i>	Abbott	8	64,48	8,0600
99100703	<i>Nepro</i>	Abbott	1	8,01	
99100462	<i>TwoCal HN</i>	Abbott	1	9,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Liq.			1,5 L suppl.		
99004496	<i>Isosource Fibres 1.0 HP</i>	Nestlé H.S	1	12,15	
99000202	<i>Isosource Fibres 1.2</i>	Nestlé H.S	1	12,90	
99004127	<i>Isosource Fibres 1.5</i>	Nestlé H.S	1	14,60	
99100645	<i>Jevity 1 Cal</i>	Abbott	1	10,63	
99003600	<i>Jevity 1.2 Cal</i>	Abbott	1	12,09	
99100402	<i>Jevity 1.5 Cal</i>	Abbott	1	15,10	
* 99100042	<i>Resource pour diabétiques 1.05</i>	Nestlé H.S	1	11,40	

Liq.			235 mL à 250 mL suppl.		
99000504	<i>Compleat 1.06</i>	Nestlé H.S	1	1,90	
99004658	<i>Compleat Junior 1.0</i>	Nestlé H.S	1	2,42	
99114339	<i>Glucerna 1.2 Cal</i>	Abbott	24	45,85	1,9104
99000180	<i>Isosource Fibres 1.0 HP</i>	Nestlé H.S	1	2,55	
00801194	<i>Isosource Fibres 1.2</i>	Nestlé H.S	1	2,15	
* 99004135	<i>Isosource Fibres 1.5</i>	Nestlé H.S	1	2,43	
99000482	<i>Jevity 1 Cal</i>	Abbott	1	1,65	
99003392	<i>Jevity 1.2 Cal</i>	Abbott	24	45,75	1,9063
99100417	<i>Jevity 1.5 Cal</i>	Abbott	24	57,61	2,4004
99100702	<i>Nepro</i>	Abbott	1	1,90	
* 99003414	<i>Nutren Junior Fibres 1.0</i>	Nestlé H.S	1	2,06	
* 99001381	<i>Pediasure avec fibres</i>	Abbott	1	1,70	
99005050	<i>Pediasure Plus avec fibres</i>	Abbott	1	2,35	
* 99100216	<i>Resource Essentiels Jeunesse 1,5</i>	Nestlé H.S	1	2,89	
* 99002019	<i>Resource pour diabétiques 1.05</i>	Nestlé H.S	1	1,90	
99002647	<i>Suplena</i>	Abbott	1	2,00	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS (INTOLÉRANCE OU ALLERGIE)

Liq.			1 L suppl.		
99114000	<i>Compleat 1.5</i>	Nestlé H.S	6	137,40	22,9000

Liq.			250 mL suppl.		
99113857	<i>Compleat 1.5</i>	Nestlé H.S	24	137,40	5,7250
99113858	<i>Compleat 1.5 Junior</i>	Nestlé H.S	24	133,80	5,5750

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS

Liq.			1 L suppl.		
99100395	<i>Isosource 2.0</i>	Nestlé H.S	1	9,42	
* 99100244	<i>Novasource Renal</i>	Nestlé H.S	1	8,95	

Liq.			1,5 L suppl.		
99000164	<i>Isosource 1.2</i>	Nestlé H.S	1	7,50	
99002000	<i>Isosource 1.5</i>	Nestlé H.S	1	10,75	
99003570	<i>Osmolite 1.0 cal</i>	Abbott	1	8,01	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Liq. 235 mL à 250 mL suppl.					
00898708	<i>Boost 1.5</i>	Nestlé H.S	1	1,62	2,5200
99114486	<i>Boost 2.24</i>	Nestlé H.S	24	60,48	
* 99114086	<i>Ensure Plus</i>	Abbott	1	1,58	
99000512	<i>Isosource 1.2</i>	Nestlé H.S	1	1,43	
00907766	<i>Isosource 1.5</i>	Nestlé H.S	1	1,79	2,3396
* 99003546	<i>Novasource Renal</i>	Nestlé H.S	1	2,24	
* 99003406	<i>Nutren Junior 1.0</i>	Nestlé H.S	1	2,06	
* 99000474	<i>Pediasure</i>	Abbott	1	1,70	
99001543	<i>Promote</i>	Abbott	1	1,36	2,3396
99003554	<i>Resource 2.0</i>	Nestlé H.S	1	2,23	
99004690	<i>TwoCal HN</i>	Abbott	24	56,15	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS - USAGE SPÉCIFIQUE

Pd. Orale 400 g suppl.					
99100792	<i>Modulen</i>	Nestlé H.S	1	27,10	

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)

Pd. Orale Péd. 363 g suppl.					
* 99100122	<i>Enfamil A+ Enfacare</i>	M.J.	1	16,08	
99100123	<i>Similac Neosure</i>	Abbott	1	14,41	

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE

Pd. Orale 227 g suppl.					
99003783	<i>Beneprotein</i>	Nestlé H.S	6	101,40	16,9000

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE

Liq. 1 L suppl.					
* 99002922	<i>Peptamen 1.5</i>	Nestlé H.S	1	48,84	38,3600
* 99100826	<i>Peptamen AF 1.2</i>	Nestlé H.S	1	52,92	
99114404	<i>Pivot 1.5 Cal</i>	Abbott	8	306,88	
99101178	<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i>	Abbott	1	28,88	

Liq. 220 mL à 250 mL suppl.					
99101181	<i>PediaSure Peptide 1 Cal</i>	Abbott	1	2,49	9,0913
* 00908444	<i>Peptamen</i>	Nestlé H.S	1	8,23	
* 99003031	<i>Peptamen 1.5</i>	Nestlé H.S	1	12,21	
* 99100309	<i>Peptamen AF 1.2</i>	Nestlé H.S	1	13,23	
* 99004631	<i>Peptamen avec Prebio 1</i>	Nestlé H.S	1	8,24	
* 99000296	<i>Peptamen Junior</i>	Nestlé H.S	1	8,24	
* 99100789	<i>Peptamen Junior 1.5</i>	Nestlé H.S	1	12,36	
99114403	<i>Pivot 1.5 Cal</i>	Abbott	24	218,19	
99101182	<i>Vital Peptide 1 Cal</i>	Abbott	1	4,39	
99101183	<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i>	Abbott	1	6,35	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE

Liq.				1 L suppl.	
99101234	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	40,16	

Liq.				250 mL suppl.	
99101235	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	10,04	

FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA

Sol. Perf. S. C.				240 mg/mL - 12 mg/mL (10 mL)	
02537702	<i>Vyalev</i>	AbbVie	7	1188,67	169,8100

FRÉMANEZUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)				150 mg/mL (1,5 mL)	
02497859	<i>Ajovy</i>	Teva Innov	1	535,72	

Sol. Inj. S.C. (stylo)				150 mg/mL (1,5 mL)	
02509474	<i>Ajovy</i>	Teva Innov	1	535,72	

FRUQUINTINIB

Caps.				1 mg	
02551454	<i>Fruzaqla</i>	Takeda	21	1580,00	75,2381

Caps.				5 mg	
02551462	<i>Fruzaqla</i>	Takeda	21	6321,00	301,0000

FULVESTRANT

Sol. Inj. I.M. (ser)				50 mg/mL (5 mL)	PPB
02248624	<i>Faslodex</i>	AZC	2	1153,11	576,5550
02530635	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Jamp	2	408,03	➡ 204,0135
02483610	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sandoz	2	408,03	➡ 204,0135
02558971	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sterimax	2	408,03	➡ 204,0135
02536293	<i>Fulvestrant Injection</i>	Forma Ph	2	408,03	➡ 204,0135
02460130	<i>Teva-Fulvestrant Injection</i>	Teva Can	2	408,03	➡ 204,0135

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)

Caps. L.A.

 8 mg **PPB**

02425157	<i>Auro-Galantamine ER</i>	AuroPharma	30	34,43	➡ 1,1475
			100	114,75	➡ 1,1475
02443015	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	➡ 1,1475
02339439	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	➡ 1,1475
			100	114,75	➡ 1,1475

Caps. L.A.

 16 mg **PPB**

02425165	<i>Auro-Galantamine ER</i>	AuroPharma	30	34,43	➡ 1,1475
			100	114,75	➡ 1,1475
02443023	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	➡ 1,1475
02339447	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	➡ 1,1475
			100	114,75	➡ 1,1475

Caps. L.A.

 24 mg **PPB**

02425173	<i>Auro-Galantamine ER</i>	AuroPharma	30	34,43	➡ 1,1475
			100	114,75	➡ 1,1475
02443031	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	➡ 1,1475
02339455	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	➡ 1,1475
			100	114,75	➡ 1,1475

GALCANÉZUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

120 mg/mL (1 mL)

02491060	<i>Emgality</i>	Lilly	1	554,88	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

120 mg/mL (1 mL)

02491087	<i>Emgality</i>	Lilly	1	554,88	

GENTAMICINE (SULFATE DE)

Sol. Inj.

40 mg/mL

02242652	<i>Gentamicine Injection</i>	Sandoz	2 ml	15,56	

GILTÉRITINIB

Co.

40 mg

02495058	<i>Xospata</i>	Astellas	90	24901,62	276,6847

GIVOSIRAN

Sol. Inj. S.C.

189 mg/mL

02506343	<i>Givlaari</i>	Alnylam	1	64454,30	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) **

Sol. Inj. S.C. (ser)

			20 mg/mL (1 mL)		
02541440	<i>Acétate de glatiramère injectable</i>	Mylan	30	835,76	27,8587

**GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT) **

Sol. Inj. S.C. (ser)

			20 mg/mL (1 mL)		
02460661	<i>Glatect</i>	Phmscience	30	972,00	32,4000

**GLÉCAPRÉVIR/PIBRENTASVIR **

Trousse (orale solide)

			100 mg -40 mg		
02467550	<i>Maviret</i>	AbbVie	28	20000,00	714,2857

**GLIMÉPIRIDE **

Co.

			1 mg		
02269589	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857

Co.

			2 mg		
02269597	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857

Co.

			4 mg		
02269619	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857

GLYCÉRINE ⁵

Supp.

99100357			12		

**GLYCOPYRROLATE **

Sol. Orale

			0,2 mg/mL		
02469332	<i>Cuvposa</i>	Medexus	473 ml	625,00	1,3214

**GOLIMUMAB **

Sol. Inj. S.C. (ser)

			50 mg/0,5 mL		
02324776	<i>Simponi</i>	Janss. Inc	1	1447,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

			50 mg/0,5 mL		
02324784	<i>Simponi</i>	Janss. Inc	1	1447,00	

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Perf. I.V.			12,5 mg/mL (4 mL)		
02417472	<i>Simponi I.V.</i>	Janss. Inc	1	826,86	

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE

Pd. Inj.			10 000 U		
02247459	<i>Gonadotrophine Chorionique</i>	Fresenius	1	72,00	
02182904	<i>Pregnyl</i>	Organon	1	72,00	

GONADOTROPHINES

Pd. Inj.			75 UI		
02283093	<i>Menopur</i>	Ferring	5	275,00	55,0000

GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE)

Co.			1 mg PPB		
02308894	<i>Apo-Granisetron</i>	Apotex	10	45,00 ➡	4,5000
02472686	<i>Jamp Granisetron</i>	Jamp	10	45,00 ➡	4,5000
02452359	<i>Nat-Granisetron</i>	Natco	10	45,00 ➡	4,5000

GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.			1 mg PPB		
02523728	<i>Apo-Guanfacine XR</i>	Apotex	30	46,13 ➡	1,5375
			100	153,75 ➡	
02523558	<i>Jamp Guanfacine XR</i>	Jamp	100	153,75 ➡	1,5375

Co. L.A.			2 mg PPB		
02523736	<i>Apo-Guanfacine XR</i>	Apotex	30	56,12 ➡	1,8707
			100	187,07 ➡	
02523566	<i>Jamp Guanfacine XR</i>	Jamp	100	187,07 ➡	1,8707

Co. L.A.			3 mg PPB		
02523744	<i>Apo-Guanfacine XR</i>	Apotex	30	66,11 ➡	2,2038
			100	220,38 ➡	
02523574	<i>Jamp Guanfacine XR</i>	Jamp	100	220,38 ➡	2,2038

Co. L.A.			4 mg PPB		
02523752	<i>Apo-Guanfacine XR</i>	Apotex	30	76,11 ➡	2,5369
			100	253,69 ➡	
02523582	<i>Jamp Guanfacine XR</i>	Jamp	100	253,69 ➡	2,5369

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE) (ANGITA, PRO DOC, SANDOZ ET TAKEDA) **

Co. L.A.

1 mg PPB

+ 02525127	AG-Guanfacine XR	Angita	100	76,88	➡	0,7688
* 02409100	Intuniv XR	Takeda	100	300,00		3,0000
+ 02525224	Pro-Guanfacine XR	Pro Doc	30	23,06	➡	0,7688
			100	76,88	➡	0,7688
+ 02563185	Sandoz Guanfacine XR	Sandoz	30	23,06	➡	0,7688
			100	76,88	➡	0,7688

Co. L.A.

2 mg PPB

+ 02525135	AG-Guanfacine XR	Angita	100	93,53	➡	0,9353
* 02409119	Intuniv XR	Takeda	100	365,00		3,6500
+ 02525232	Pro-Guanfacine XR	Pro Doc	30	28,06	➡	0,9353
			100	93,53	➡	0,9353
+ 02563193	Sandoz Guanfacine XR	Sandoz	30	28,06	➡	0,9353
			100	93,53	➡	0,9353

Co. L.A.

3 mg PPB

+ 02525143	AG-Guanfacine XR	Angita	100	110,19	➡	1,1019
* 02409127	Intuniv XR	Takeda	100	430,00		4,3000
+ 02525240	Pro-Guanfacine XR	Pro Doc	30	33,06	➡	1,1019
			100	110,19	➡	1,1019
+ 02563207	Sandoz Guanfacine XR	Sandoz	30	33,06	➡	1,1019
			100	110,19	➡	1,1019

Co. L.A.

4 mg PPB

+ 02525151	AG-Guanfacine XR	Angita	100	126,85	➡	1,2685
* 02409135	Intuniv XR	Takeda	100	495,00		4,9500
+ 02525259	Pro-Guanfacine XR	Pro Doc	30	38,06	➡	1,2685
			100	126,85	➡	1,2685
+ 02563215	Sandoz Guanfacine XR	Sandoz	30	38,06	➡	1,2685
			100	126,85	➡	1,2685

**GUSELKUMAB (MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE) **

Sol. Inj. S.C. (ser)

100 mg/mL (1 mL)

99114545	Tremfya	Janss. Inc	1	3059,74	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

100 mg/mL (1 mL)

+ 99114598	Tremfya	Janss. Inc	1	3059,74	
99114546	Tremfya One-Press	Janss. Inc	1	3059,74	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

100 mg/mL (2 mL)

02559145	Tremfya	Janss. Inc	1	3059,74	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Perf. I.V.					
02559153	<i>Tremfya I.V.</i>	Janss. Inc	1	3059,74	
10 mg/mL (20 mL)					
GUSELKUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) 					
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02469758	<i>Tremfya</i>	Janss. Inc	1	3059,74	
100 mg/mL (1 mL)					
Sol. Inj. S.C. (stylo)					
+ 02566877	<i>Tremfya</i>	Janss. Inc	1	3059,74	
02487314	<i>Tremfya One-Press</i>	Janss. Inc	1	3059,74	
100 mg/mL (1 mL)					
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE 					
Lot.					
02499967	<i>Duobrii</i>	Bausch H.	100 g	193,00	
0,01 % - 0,045 %					
HUILE MINÉRALE					
Liq.					
00704172	<i>Huile Minérale</i>	Atlas	250 ml	2,15	0,0086
			500 ml	3,11	0,0062
100 %					
Liq. (Rect.)					
00107875	<i>Fleet Huileux</i>	CB Fleet	130 ml	5,87	
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE					
Sol. Oph.					
* 00000809	<i>Alcon Tears</i>	Alcon	15 ml	4,16	R
0,5 %					
Sol. Oph.					
* 00000817	<i>Alcon Tears</i>	Alcon	15 ml	4,70	R
1 %					
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70					
Sol. Oph.					
* 00743445	<i>Tears Naturelle II</i>	Alcon	15 ml	5,10	R
0,3 % -0,1 %					
IBRUTINIB 					
Caps.					
02434407	<i>Imbruvica</i>	Janss. Inc	90	8158,50	90,6500
140 mg					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ICATIBANT (ACÉTATE D') **

Sol. Inj. S.C. (ser)

 10 mg/mL (3 mL) **PPB**

02425696	<i>Firazyr</i>	Takeda	1	2700,00	
02547562	<i>Icatibant injectable</i>	Jamp	1	➡ 1485,00	

**ICOSAPENT ÉTHYLE **

Caps.

1 g

02495244	<i>Vascepa</i>	HLS	120	294,00	2,4500

**IDÉLALISIB **

Co.

100 mg

02438798	<i>Zydelig</i>	Gilead	60	5121,00	85,3500

Co.

150 mg

02438801	<i>Zydelig</i>	Gilead	60	5121,00	85,3500

**IMATINIB (MÉSULATE D') **

Co.

 100 mg **PPB**

02490986	<i>ACH-Imatinib</i>	Accord	120	624,95	➡ 5,2079
02355337	<i>Apo-Imatinib</i>	Apotex	30	156,24	➡ 5,2079
02253275	<i>Gleevec</i>	Novartis	120	3182,21	26,5184
02504596	<i>Imatinib</i>	Sanis	30	156,24	➡ 5,2079
02521202	<i>Imatinib</i>	Sivem	30	156,24	➡ 5,2079
02495066	<i>Jamp Imatinib</i>	Jamp	30	156,24	➡ 5,2079
02492334	<i>Mint-Imatinib</i>	Mint	120	624,95	➡ 5,2079
02397285	<i>NAT-Imatinib</i>	Natco	30	156,24	➡ 5,2079
			120	624,95	➡ 5,2079
02431114	<i>pms-Imatinib</i>	Phmscience	120	624,95	➡ 5,2079
02399806	<i>Teva-Imatinib</i>	Teva Can	120	624,95	➡ 5,2079

Co.

 400 mg **PPB**

02490994	<i>ACH-Imatinib</i>	Accord	30	624,94	➡ 20,8314
02355345	<i>Apo-Imatinib</i>	Apotex	30	624,94	➡ 20,8314
02253283	<i>Gleevec</i>	Novartis	30	3182,21	106,0737
02504618	<i>Imatinib</i>	Sanis	30	624,94	➡ 20,8314
02521210	<i>Imatinib</i>	Sivem	30	624,94	➡ 20,8314
02495074	<i>Jamp Imatinib</i>	Jamp	30	624,94	➡ 20,8314
02492342	<i>Mint-Imatinib</i>	Mint	30	624,94	➡ 20,8314
02397293	<i>NAT-Imatinib</i>	Natco	30	624,94	➡ 20,8314
02431122	<i>pms-Imatinib</i>	Phmscience	30	624,94	➡ 20,8314
02399814	<i>Teva-Imatinib</i>	Teva Can	30	624,94	➡ 20,8314

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

IMATINIB (MÉSYLATE D') - TUMEUR STROMALE GASTRO-INTESTINALE

Co.

 100 mg **PPB**

99114189	<i>Apo-Imatinib</i>	Apotex	30	156,24	➡ 5,2079
99100983	<i>Gleevec</i>	Novartis	120	3182,21	26,5184
99114338	<i>Imatinib</i>	Sivem	30	156,24	➡ 5,2079
99114440	<i>Jamp Imatinib</i>	Jamp	30	156,24	➡ 5,2079
99114287	<i>Mint-Imatinib</i>	Mint	120	624,95	➡ 5,2079
99114193	<i>NAT-Imatinib</i>	Natco	30	156,24	➡ 5,2079
			120	624,95	➡ 5,2079
99114336	<i>Teva-Imatinib</i>	Teva Can	120	624,95	➡ 5,2079

Co.

 400 mg **PPB**

99114188	<i>Apo-Imatinib</i>	Apotex	30	624,94	➡ 20,8314
99100982	<i>Gleevec</i>	Novartis	30	3182,21	106,0737
99114337	<i>Imatinib</i>	Sivem	30	624,94	➡ 20,8314
99114439	<i>Jamp Imatinib</i>	Jamp	30	624,94	➡ 20,8314
99114286	<i>Mint-Imatinib</i>	Mint	30	624,94	➡ 20,8314
99114192	<i>NAT-Imatinib</i>	Natco	30	624,94	➡ 20,8314
99114335	<i>Teva-Imatinib</i>	Teva Can	30	624,94	➡ 20,8314

IMIQUIMOD

Cr. Top.

 5 % **PPB**

02239505	<i>Aldara P</i>	Bausch H.	7,5 g	287,52	
02482983	<i>Taro-Imiquimod Pump</i>	Taro	7,5 g	➡ 244,39	

INAVOLISIB

Co.

3 mg

+ 02555476	<i>Itovebi</i>	Roche	28	8366,00	298,7857

Co.

9 mg

+ 02555484	<i>Itovebi</i>	Roche	28	16732,00	597,5714

INCLISIRAN

Sol. Inj. S.C. (ser)

189 mg/mL (1,5 mL)

02518376	<i>Leqvio</i>	Novartis	1	2839,28	

INCOBOTULINUMTOXINA

Pd. Inj.

50 U

* 02371081	<i>Xeomin</i>	Merz	1	168,96	

Pd. Inj.

100 U

* 02324032	<i>Xeomin</i>	Merz	1	337,92	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				200 U	
* 02556227	<i>Xeomin</i>	Merz	1	675,84	

**INDACATÉROL (ACÉTATE D')/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE) **

Pd. pour Inh. (App.)				150 mcg - 50 mcg - 160 mcg	
02501244	<i>Enerzair Breezhaler</i>	Valeo	30	102,83	

**INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE) **

Pd. pour Inh. (App.)				150 mcg - 80 mcg	
* 02498685	<i>Aectura Breezhaler</i>	Valeo	30	32,19	

Pd. pour Inh. (App.)				150 mcg - 160 mcg	
* 02498707	<i>Aectura Breezhaler</i>	Valeo	30	40,26	

Pd. pour Inh. (App.)				150 mcg - 320 mcg	
* 02498693	<i>Aectura Breezhaler</i>	Valeo	30	55,42	

**INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) **

Pd. pour Inh. (App.)				110 mcg - 50 mcg/caps.	
02418282	<i>Ultibro Breezhaler</i>	Novartis	30	77,49	

**INÉBILIZUMAB **

Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL (10 mL)	
02543931	<i>Uplizna</i>	Amgen	3	76869,00	25623,0000

**INFLIXIMAB **

Pd. Perf. I.V.				100 mg	
02496933	<i>Avsola</i>	Amgen	1	493,00	
02523191	<i>Ixifi</i>	Pfizer	1	493,00	
02419475	<i>Remdantry</i>	Celltrion	1	493,00	
02470373	<i>Renflexis</i>	Organon	1	493,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)				120 mg/mL (1 mL)	
02511576	<i>Remsima SC</i>	Celltrion	2	949,02	474,5100

Sol. Inj. S.C. (stylo)				120 mg/mL (1 mL)	
02511584	<i>Remsima SC</i>	Celltrion	2	949,02	474,5100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**INFLIXIMAB (REMICADE) **

Pd. Perf. I.V.

100 mg

02244016	<i>Remicade</i>	Janss. Inc	1	940,00	

INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE

Susp. Inj. S.C.

30 % - 70 % (3 mL)

02265435	<i>NovoMix30</i>	N.Nordisk	5	52,20	

INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE

Susp. Inj. S.C.

25 % - 75 % (3mL)

02240294	<i>Humalog Mix 25</i>	Lilly	5	51,44	
02403420	<i>Humalog Mix 25 KwikPen</i>	Lilly	5	51,44	

**INTERFÉRON BÊTA-1A **

Sol. Inj. I.M.

30 mcg (6 MUI)

99100763	<i>Avonex Pen</i>	Biogen	4	1409,85	352,4625
02269201	<i>Avonex PS</i>	Biogen	4	1409,85	352,4625

Sol. Inj. S.C.

22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)

02318253	<i>Rebif</i>	Serono	4	1434,74	358,6850

Sol. Inj. S.C.

44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)

02318261	<i>Rebif</i>	Serono	4	1746,62	436,6550

Sol. Inj. S.C. (ser)

22 mcg (6 MUI)

02237319	<i>Rebif</i>	Serono	3	358,69	119,5633

Sol. Inj. S.C. (ser)

44 mcg (12 MUI)

02237320	<i>Rebif</i>	Serono	3	436,66	145,5533

**INTERFÉRON BÊTA-1B **

Pd. Inj.

0,3 mg

02169649	<i>Betaseron</i>	Bayer	15	1490,39	99,3593
			45	4471,17	99,3593
02337819	<i>Extavia</i>	Novartis	15	1490,39	99,3593

**ISAVUCONAZOLE **

Caps.

100 mg

02483971	<i>Cresemba</i>	Avir	14	1103,62	78,8300

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Perf. I.V.				200 mg	
02483998	<i>Cresemba</i>	Avir	1	400,00	

**IVABRADINE (CHLORHYDRATE D') **

Co.				5 mg	
02459973	<i>Lancora</i>	Servier	56	47,63	0,8505

Co.				7,5 mg	
02459981	<i>Lancora</i>	Servier	56	87,18	1,5568

**IVACAFTOR **

Trousse (orale solide)				150 mg	
02397412	<i>Kalydeco</i>	Vertex	56	23520,00	

**IVOSIDÉNIB **

Co.				250 mg	
02549980	<i>Tibsovo</i>	Servier	60	19956,00	332,6000

**IXÉKIZUMAB **

Sol. Inj. S.C.				80 mg/mL (1 mL)	
02455110	<i>Taltz (seringue)</i>	Lilly	1	1519,00	
02455102	<i>Taltz (stylo)</i>	Lilly	1	1519,00	

**KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE) **

Sol. Oph.				0,45 % (0,4 mL)	
02369362	<i>Acuvail</i>	AbbVie	30	7,25	0,2417
			60	14,50	0,2417

Sol. Oph.				0,5 % PPB	
01968300	<i>Acular</i>	AbbVie	5 ml	16,80	
			10 ml	33,60	
02245821	<i>Ketorolac</i>	AA Pharma	5 ml	12,98	
			10 ml	25,96	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LACOSAMIDE

Co.

50 mg **PPB**

02489287	<i>ACH-Lacosamide</i>	Accord	60	37,88	➡	0,6313
02501910	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	63,13	➡	0,6313
02475332	<i>Auro-Lacosamide</i>	AuroPharma	60	37,88	➡	0,6313
02488388	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	63,13	➡	0,6313
02512874	<i>Lacosamide</i>	Sanis	60	37,88	➡	0,6313
02490544	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	37,88	➡	0,6313
02499568	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	37,88	➡	0,6313
02478196	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	37,88	➡	0,6313
+ 02565056	<i>Riva-Lacosamide</i>	Riva	60	37,88	➡	0,6313
02474670	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	37,88	➡	0,6313
02472902	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	37,88	➡	0,6313
02357615	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	139,20		2,3200
02487802	<i>ZDS-Lacosamide</i>	Zydus Ph	60	37,88	➡	0,6313

Co.

100 mg **PPB**

02489295	<i>ACH-Lacosamide</i>	Accord	60	52,50	➡	0,8750
02501929	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	87,50	➡	0,8750
02475340	<i>Auro-Lacosamide</i>	AuroPharma	60	52,50	➡	0,8750
02488396	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	87,50	➡	0,8750
02512882	<i>Lacosamide</i>	Sanis	60	52,50	➡	0,8750
02490552	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	52,50	➡	0,8750
02499576	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	52,50	➡	0,8750
02478218	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	52,50	➡	0,8750
+ 02565064	<i>Riva-Lacosamide</i>	Riva	60	52,50	➡	0,8750
02474689	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	52,50	➡	0,8750
02472910	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	52,50	➡	0,8750
02357623	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	199,20		3,3200
02487810	<i>ZDS-Lacosamide</i>	Zydus Ph	60	52,50	➡	0,8750

Co.

150 mg **PPB**

02489309	<i>ACH-Lacosamide</i>	Accord	60	70,58	➡	1,1763
02501937	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	117,63	➡	1,1763
02475359	<i>Auro-Lacosamide</i>	AuroPharma	60	70,58	➡	1,1763
02488418	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	117,63	➡	1,1763
02512890	<i>Lacosamide</i>	Sanis	60	70,58	➡	1,1763
02490560	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	70,58	➡	1,1763
02499584	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	70,58	➡	1,1763
02478226	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	70,58	➡	1,1763
+ 02565072	<i>Riva-Lacosamide</i>	Riva	60	70,58	➡	1,1763
02474697	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	70,58	➡	1,1763
02472929	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	70,58	➡	1,1763
02357631	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	259,20		4,3200
02487829	<i>ZDS-Lacosamide</i>	Zydus Ph	60	70,58	➡	1,1763

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

200 mg **PPB**

02489317	<i>ACH-Lacosamide</i>	Accord	60	87,00	➡ 1,4500
02501945	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	145,00	➡ 1,4500
02475367	<i>Auro-Lacosamide</i>	AuroPharma	60	87,00	➡ 1,4500
02488426	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	145,00	➡ 1,4500
02512904	<i>Lacosamide</i>	Sanis	60	87,00	➡ 1,4500
02490579	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	87,00	➡ 1,4500
02499592	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	87,00	➡ 1,4500
02478234	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	87,00	➡ 1,4500
+ 02565080	<i>Riva-Lacosamide</i>	Riva	60	87,00	➡ 1,4500
02474700	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	87,00	➡ 1,4500
02472937	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	87,00	➡ 1,4500
02357658	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	319,20	5,3200
02487837	<i>ZDS-Lacosamide</i>	Zydus Ph	60	87,00	➡ 1,4500

LACTULOSE

Sir. ou Sol. Orale

667 mg/mL **PPB**

02295881	<i>Jamp-Lactulose</i>	Jamp	500 ml	7,25	➡ 0,0145
			1000 ml	14,50	➡ 0,0145
02412268	<i>Lactulose</i>	Sanis	500 ml	7,25	➡ 0,0145
02247383	<i>Pharma-Lactulose</i>	Phmscience	500 ml	7,25	➡ 0,0145
			1000 ml	14,50	➡ 0,0145
00703486	<i>pms-Lactulose</i>	Phmscience	500 ml	7,25	➡ 0,0145
			1000 ml	14,50	➡ 0,0145
02469391	<i>pms-Lactulose-Pharma</i>	Phmscience	500 ml	7,25	➡ 0,0145
			1000 ml	14,50	➡ 0,0145
00854409	<i>ratio-Lactulose</i>	Teva Can	500 ml	7,25	➡ 0,0145
			1000 ml	14,50	➡ 0,0145

LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)

Co. Croq.

250 mg

02498731	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	92,06	1,0229

Co. Croq.

500 mg

02498758	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	184,13	2,0459

Co. Croq.

750 mg

02498766	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	277,07	3,0786

Co. Croq.

1000 mg

02498774	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	367,34	4,0815

LAPATINIB

Co.

250 mg

02326442	<i>Tykerb</i>	Novartis	70	1645,00	23,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
LAROTRECTINIB 					
Caps.				25 mg	
02490315	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	56	2930,90	52,3375
Caps.				100 mg	
02490323	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	56	11723,60	209,3500
Sol. Orale				20 mg/mL (50 mL)	
02490331	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	2	4187,00	2093,5000
LAZERTINIB 					
Co.				80 mg	
02555964	<i>Lazcluze</i>	Janss. Inc	60	6218,40	103,6400
Co.				240 mg	
02555972	<i>Lazcluze</i>	Janss. Inc	30	9327,60	310,9200
LÉBRIKIZUMAB 					
Sol. Inj. S.C. (ser)				125 mg/mL (2 mL)	
02549131	<i>Ebglyss</i>	Lilly	1	1876,71	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				125 mg/mL (2 mL)	
02549123	<i>Ebglyss</i>	Lilly	1	1876,71	1876,7100
			2	3753,42	
LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR 					
Co.				90 mg -400 mg	
02432226	<i>Harvoni</i>	Gilead	28	22333,33	797,6189
LENVATINIB 					
Trousse (orale solide)		dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (5 caps.)			
02484056	<i>Lenvima</i>	Eisai	6	977,15	162,8575
Trousse (orale solide)		dose quotidienne de 8 mg : 4 mg (10 caps.)			
02468220	<i>Lenvima</i>	Eisai	6	1954,29	325,7150
Trousse (orale solide)		dose quotidienne de 10 mg : 10 mg (5 caps.)			
02450321	<i>Lenvima</i>	Eisai	6	2149,20	358,2000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Trousse (orale solide) dose quotidienne de 12 mg : 4 mg (15 caps.)					
02484129	<i>Lenvima</i>	Eisai	6	2931,44	488,5725
Trousse (orale solide) dose quotidienne de 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)					
02450313	<i>Lenvima</i>	Eisai	6	3312,60	552,1000
Trousse (orale solide) dose quotidienne de 20 mg : 10 mg (10 caps.)					
02450305	<i>Lenvima</i>	Eisai	6	4969,20	828,2000
Trousse (orale solide) dose quotidienne de 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)					
02450291	<i>Lenvima</i>	Eisai	6	6625,20	1104,2000
LÉTERMOVIR 					
Co.				240 mg	
02469375	<i>Prevymis</i>	Merck	28	6684,05	238,7160
Co.				480 mg	
02469383	<i>Prevymis</i>	Merck	28	6684,05	238,7160
Sol. Perf. I.V.				20 mg/mL (12 mL)	
02469367	<i>Prevymis</i>	Merck	1	238,72	
LÉVOFLOXACINE 					
Sol. pour Inh.				100 mg/mL (2,4 mL)	
* 02442302	<i>Quinsair</i>	Amgen	56	3611,37	64,4887
LINAGLIPTINE 					
Co.				5 mg	
02370921	<i>Trajenta</i>	Bo. Ing.	30 90	67,50 202,50	2,2500 2,2500
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co.				2,5 mg - 500 mg	
02403250	<i>Jentadueto</i>	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837
Co.				2,5 mg - 850 mg	
02403269	<i>Jentadueto</i>	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 2,5 mg - 1 000 mg					
02403277	Jentadueto	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837

LINEZOLIDE

Co. 600 mg PPB					
02426552	Apo-Linezolid	Apotex	30	579,12	➡ 19,3041
02520354	Jamp Linezolid	Jamp	20	386,08	➡ 19,3041
02422689	Sandoz Linezolid	Sandoz	20	386,08	➡ 19,3041

Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (300 mL) PPB					
02481278	Linezolid Injection	Jamp	10	887,40	➡ 88,7400
02243685	Zyvoxam	Pfizer	1	99,91	

LIRAGLUTIDE

Sol. Inj. S.C. 6 mg/mL (3 mL)					
02351064	Victoza	N.Nordisk	2	136,98	
			3	205,47	

LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)

Caps. 10 mg PPB					
02546647	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	100	56,92	➡ 0,5692
02535122	JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	30	17,08	➡ 0,5692
			100	56,92	➡ 0,5692
02547031	Pro-Lisdexamfetamine	Pro Doc	100	56,92	➡ 0,5692
02546248	Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	100	56,92	➡ 0,5692
02545861	Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	100	56,92	➡ 0,5692
02439603	Vyvanse	Takeda	100	201,00	2,0100

Caps. 20 mg PPB					
02546655	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	100	70,81	➡ 0,7081
02535130	JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	30	21,24	➡ 0,7081
			100	70,81	➡ 0,7081
02547058	Pro-Lisdexamfetamine	Pro Doc	100	70,81	➡ 0,7081
02546256	Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	100	70,81	➡ 0,7081
02545888	Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	100	70,81	➡ 0,7081
02347156	Vyvanse	Takeda	100	224,00	2,2400

Caps. 30 mg PPB					
02546663	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	100	84,69	➡ 0,8469
02535149	JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	30	25,41	➡ 0,8469
			100	84,69	➡ 0,8469
02547066	Pro-Lisdexamfetamine	Pro Doc	100	84,69	➡ 0,8469
02546264	Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	100	84,69	➡ 0,8469
02545896	Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	100	84,69	➡ 0,8469
02322951	Vyvanse	Takeda	100	251,00	2,5100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

40 mg **PPB**

02546671	<i>Apo-Lisdexamfetamine</i>	Apotex	100	98,57	➡ 0,9857
02535157	<i>JAMP Lisdexamfetamine</i>	Jamp	30	29,57	➡ 0,9857
			100	98,57	➡ 0,9857
02547074	<i>Pro-Lisdexamfetamine</i>	Pro Doc	100	98,57	➡ 0,9857
02546272	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	98,57	➡ 0,9857
02545918	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	98,57	➡ 0,9857
02347164	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	278,00	2,7800

Caps.

50 mg **PPB**

02546698	<i>Apo-Lisdexamfetamine</i>	Apotex	100	112,46	➡ 1,1246
02535165	<i>JAMP Lisdexamfetamine</i>	Jamp	30	33,74	➡ 1,1246
			100	112,46	➡ 1,1246
02547082	<i>Pro-Lisdexamfetamine</i>	Pro Doc	100	112,46	➡ 1,1246
02546280	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	112,46	➡ 1,1246
02545926	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	112,46	➡ 1,1246
02322978	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	305,00	3,0500

Caps.

60 mg **PPB**

02546701	<i>Apo-Lisdexamfetamine</i>	Apotex	100	126,34	➡ 1,2634
02535173	<i>JAMP Lisdexamfetamine</i>	Jamp	30	37,90	➡ 1,2634
			100	126,34	➡ 1,2634
02547090	<i>Pro-Lisdexamfetamine</i>	Pro Doc	100	126,34	➡ 1,2634
02546299	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	126,34	➡ 1,2634
02545934	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	126,34	➡ 1,2634
02347172	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	331,00	3,3100

LOMITAPIDE (MÉSULATE DE)

Caps.

5 mg

02420341	<i>Juxtapid</i>	Medison	28	29120,00	1040,0000

Caps.

10 mg

02420376	<i>Juxtapid</i>	Medison	28	29120,00	1040,0000

Caps.

20 mg

02420384	<i>Juxtapid</i>	Medison	28	29120,00	1040,0000

LORLATINIB

Co.

25 mg

02485966	<i>Lorbrena</i>	Pfizer	30	3373,33	112,4443

Co.

100 mg

02485974	<i>Lorbrena</i>	Pfizer	30	10120,00	337,3333

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LUMASIRAN SODIQUE

Sol. Inj. S.C.

94,5 mg/0,5 mL

02525755	<i>Oxlumo</i>	Alnylam	1	96855,33	

LUSPATERCEPT

Pd. Inj. S.C.

25 mg

02505541	<i>Reblozyl</i>	B.M.S.	1	2189,00	

Pd. Inj. S.C.

75 mg

02505568	<i>Reblozyl</i>	B.M.S.	1	6567,00	

MACITENTAN

Co.

10 mg

02415690	<i>Opsumit</i>	Janss. Inc	30	3495,00	116,5000

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)

Susp. Orale

400 mg/5 mL

00468401	<i>Lait de Magnésie</i>	Atlas	500 ml	2,49	0,0050

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')⁵

Co.

100 mg -184 mg

99002868			50		

Co.

200 mg -200 mg

99100716			36		

Co.

300 mg -600 mg

99002450			40		

Susp. Orale

200 mg - 200 mg/5 mL

99002574			500 ml		

Susp. Orale

300 mg -600 mg/5 mL

99002442			350 ml		

⁵ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

MARAVIROC

Co.

02299844	<i>Celsentri</i>	ViiV	60	150 mg 990,00	16,5000

Co.

02299852	<i>Celsentri</i>	ViiV	60	300 mg 990,00	16,5000

MARIBAVIR

Co.

02530740	<i>Livtency</i>	Takeda	56	200 mg 15500,00	276,7857

MAVACAMTEN

Caps.

02532549	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	30	2,5 mg 1848,00	61,6000

Caps.

02532557	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	30	5 mg 1848,00	61,6000

Caps.

02532565	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	30	10 mg 1848,00	61,6000

Caps.

02532573	<i>Camzyos</i>	B.M.S.	30	15 mg 1848,00	61,6000

MÉMANTINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				10 mg	PPB		
02324067	<i>ACT Memantine</i>	Teva Can	30	13,26	➡	0,4420	
			100	44,20	➡	0,4420	
02366487	<i>Apo-Memantine</i>	Apotex	100	44,20	➡	0,4420	
02260638	<i>Ebixa</i>	Lundbeck	30	70,10		2,3367	
02443082	<i>Memantine</i>	Sanis	100	44,20	➡	0,4420	
02446049	<i>Memantine</i>	Sivem	30	13,26	➡	0,4420	
			100	44,20	➡	0,4420	
02531887	<i>Mint-Memantine</i>	Mint	100	44,20	➡	0,4420	
02321130	<i>pms-Memantine</i>	Phmscience	30	13,26	➡	0,4420	
			100	44,20	➡	0,4420	
02348950	<i>Riva-Memantine</i>	Riva	30	13,26	➡	0,4420	
			100	44,20	➡	0,4420	
02375532	<i>Sandoz Memantine FCT</i>	Sandoz	100	44,20	➡	0,4420	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
MÉPOLIZUMAB 					
Sol. Inj. S.C. (ser)			100 mg/mL (0,4 mL)		
02530821	Nucala	GSK	1	840,24	
Sol. Inj. S.C. (ser)			100 mg/mL (1 mL)		
02492997	Nucala	GSK	1	1938,46	
Sol. Inj. S.C. (stylo)			100 mg/mL (1 mL)		
02492989	Nucala	GSK	1	1938,46	
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) 					
Caps. L.A.			10 mg PPB		
02277166	Biphentin	Elvium	100	67,45	0,6745
02536943	pms-Methylphenidate CR	Phmscience	100	51,28 ➡	0,5128
Caps. L.A.			15 mg PPB		
02277131	Biphentin	Elvium	100	96,57	0,9657
02536951	pms-Methylphenidate CR	Phmscience	100	73,54 ➡	0,7354
Caps. L.A.			20 mg PPB		
02277158	Biphentin	Elvium	100	124,68	1,2468
02536978	pms-Methylphenidate CR	Phmscience	100	94,77 ➡	0,9477
Caps. L.A.			25 mg		
02470292	Foquest	Elvium	60	167,76	2,7960
Caps. L.A.			30 mg PPB		
02277174	Biphentin	Elvium	100	171,18	1,7118
02536986	pms-Methylphenidate CR	Phmscience	100	130,21 ➡	1,3021
Caps. L.A.			35 mg		
02470306	Foquest	Elvium	60	184,26	3,0710
Caps. L.A.			40 mg PPB		
02277182	Biphentin	Elvium	100	218,15	2,1815
02536994	pms-Methylphenidate CR	Phmscience	100	165,88 ➡	1,6588
Caps. L.A.			45 mg		
02470314	Foquest	Elvium	60	200,16	3,3360

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. 50 mg PPB					
02277190	<i>Biphenin</i>	Elvium	50	132,20	2,6440
02537001	<i>pms-Methylphenidate CR</i>	Phmscience	100	201,30 ➡	2,0130
Caps. L.A. 55 mg					
02470322	<i>Foquest</i>	Elvium	60	216,66	3,6110
Caps. L.A. 60 mg PPB					
02277204	<i>Biphenin</i>	Elvium	50	156,20	3,1240
02537028	<i>pms-Methylphenidate CR</i>	Phmscience	100	234,25 ➡	2,3425
Caps. L.A. 70 mg					
02470330	<i>Foquest</i>	Elvium	60	241,44	4,0240
Caps. L.A. 80 mg PPB					
02277212	<i>Biphenin</i>	Elvium	50	202,86	4,0572
02537036	<i>pms-Methylphenidate CR</i>	Phmscience	100	308,83 ➡	3,0883
Caps. L.A. 85 mg					
02470349	<i>Foquest</i>	Elvium	60	265,62	4,4270
Caps. L.A. 100 mg					
02470357	<i>Foquest</i>	Elvium	60	289,74	4,8290
Co. L.A. (12 h) 18 mg PPB					
02441934	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	Teva Can	100	73,45 ➡	0,7345
02247732	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	203,64	2,0364
Co. L.A. (12 h) 27 mg PPB					
02441942	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	Teva Can	100	84,76 ➡	0,8476
02250241	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	235,01	2,3501
Co. L.A. (12 h) 36 mg PPB					
02441950	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	Teva Can	100	96,08 ➡	0,9608
02247733	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	266,38	2,6638
Co. L.A. (12 h) 54 mg PPB					
02441969	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	Teva Can	100	118,70 ➡	1,1870
02247734	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	329,12	3,2912
Co. L.A. (12 heures) 18 mg					
02452731	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	50,99	0,5099

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. L.A. (12 heures)

27 mg

02452758	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	58,84	0,5884

Co. L.A. (12 heures)

36 mg

02452766	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	68,63	0,6863

Co. L.A. (12 heures)

54 mg

02330377	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	82,40	0,8240

MÉTRONIDAZOLE

Gel Vag.

0,75 %

02125226	<i>Nidagel</i>	Bausch H.	70 g	18,62	

MICAFUNGINE SODIQUE

Pd. Perf. I.V.

50 mg **PPB**

02532344	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Hikma	1	➡ 83,33	
02524953	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Juno	1	➡ 83,33	

Pd. Perf. I.V.

100 mg **PPB**

02532360	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Hikma	1	➡ 166,66	
02524961	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Juno	1	➡ 166,66	

MIGALASTAT

Caps.

123 mg

02468042	<i>Galafold</i>	Amicus	14	23800,00	1700,0000

MIRABEGRON

Co. L.A.

25 mg **PPB**

02564963	<i>Apo-Mirabegron</i>	Apotex	30	32,85 ➡	1,0950
			100	109,50 ➡	1,0950
02402874	<i>Myrbetriq</i>	Astellas	30	43,80	1,4600
			90	131,40	1,4600

Co. L.A.

50 mg **PPB**

02564971	<i>Apo-Mirabegron</i>	Apotex	30	32,85 ➡	1,0950
			100	109,50 ➡	1,0950
02402882	<i>Myrbetriq</i>	Astellas	30	43,80	1,4600
			90	131,40	1,4600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**MIRIKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) **

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (1 mL)

02539853	<i>Omvox (seringue)</i>	Lilly	2	2374,66	1187,3300
02539845	<i>Omvox (stylo)</i>	Lilly	2	2374,66	1187,3300

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (15 mL)

02539861	<i>Omvox</i>	Lilly	1	2374,66	

**MIRIKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) **

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (15 mL)

99114547	<i>Omvox</i>	Lilly	1	2374,66	

Trousse (Sol. Inj. S. C.)

100 mg/mL (1 mL et 2 mL)

02559234	<i>Omvox (seringue)</i>	Lilly	1	2536,14	
02559242	<i>Omvox (stylo)</i>	Lilly	1	2536,14	

**MODAFINIL **

Co.

 100 mg **PPB**

02285398	<i>Apo-Modafinil</i>	Apotex	100	31,71	➡ 0,3171
02430487	<i>Auro-Modafinil</i>	AuroPharma	30	9,51	➡ 0,3171
			100	31,71	➡ 0,3171
02503727	<i>Jamp Modafinil</i>	Jamp	100	31,71	➡ 0,3171
02432560	<i>Mar-Modafinil</i>	Marcan	100	31,71	➡ 0,3171
02530244	<i>Modafinil</i>	Sanis	100	31,71	➡ 0,3171
02420260	<i>Teva-Modafinil</i>	Teva Can	30	9,51	➡ 0,3171
			100	31,71	➡ 0,3171

**MOMÉLOTINIB (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

100 mg

02552965	<i>Ojjaara</i>	GSK	30	6925,83	230,8610

Co.

150 mg

02552973	<i>Ojjaara</i>	GSK	30	6925,83	230,8610

Co.

200 mg

02552981	<i>Ojjaara</i>	GSK	30	6925,83	230,8610

MULTIVITAMINES ⁵

Caps. ou Co.

99002493			1		

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Croq.

99002507			1		

NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE

Co.

375 mg - 20 mg **PPB**

02458608	<i>Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR</i>	Mylan	60	46,92	➡	0,7820
02361701	<i>Vimovo</i>	Xediton	60	55,20		0,9200

Co.

500 mg - 20 mg **PPB**

02443449	<i>Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR</i>	Mylan	60	46,92	➡	0,7820
02361728	<i>Vimovo</i>	Xediton	60	55,20		0,9200

NATALIZUMAB

Sol. Inj. I.V.

300mg/15ml

02286386	<i>Tysabri</i>	Biogen	1	2451,32		

NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

300 mg - 0,5 mg

02468735	<i>Akynzeo</i>	Knight	1	135,00		

NILOTINIB

Caps.

150 mg **PPB**

02550881	<i>Apo-Nilotinib</i>	Apotex	112	1854,38	➡	16,5570
02556634	<i>Reddy-Nilotinib</i>	Dr Reddy's	112	1854,38	➡	16,5570
			120	1986,84	➡	16,5570
02368250	<i>Tasigna</i>	Novartis	112	3054,72		27,2743

Caps.

200 mg **PPB**

02550903	<i>Apo-Nilotinib</i>	Apotex	112	2581,30	➡	23,0473
02556642	<i>Reddy-Nilotinib</i>	Dr Reddy's	28	645,32	➡	23,0473
			112	2581,30	➡	23,0473
02315874	<i>Tasigna</i>	Novartis	112	3947,17		35,2426

NINTEDANIB (ÉSILATE DE)

Caps.

100 mg **PPB**

02526891	<i>Auro-Nintedanib</i>	AuroPharma	60	852,50	➡	14,2084
02550849	<i>JAMP Nintedanib</i>	Jamp	60	852,50	➡	14,2084
02443066	<i>Ofev</i>	Bo. Ing.	60	1630,80		27,1800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			150 mg PPB		
02526905	<i>Auro-Nintedanib</i>	AuroPharma	60	1705,01	➡ 28,4168
02540762	<i>JAMP Nintedanib</i>	Jamp	60	1705,01	➡ 28,4168
02443074	<i>Ofev</i>	Bo. Ing.	30	1630,80	54,3600
			60	3261,60	54,3600

NIRAPARIB (TOSYLATE DE)

Caps.			100 mg		
02489783	<i>Zejula</i>	GSK	56	7379,96	131,7850
			84	11069,94	131,7850

Co.			100 mg		
02530031	<i>Zejula</i>	GSK	56	7379,96	131,7850

NIRAPARIB/ABIRATÉRON (ACÉTATE D')

Co.			50 mg - 500 mg		
02538555	<i>Akeega</i>	Janss. Inc	60	8826,00	147,1000

Co.			100 mg - 500 mg		
02538563	<i>Akeega</i>	Janss. Inc	60	8826,00	147,1000

NITRAZÉPAM

Co.			5 mg		
00511528	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	100	18,26	0,1826

Co.			10 mg		
00511536	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	100	27,32	0,2732

OCRÉLIZUMAB

Sol. Perf. I.V.			30 mg/mL (10 mL)		
02467224	<i>Ocrevus</i>	Roche	1	8150,00	

ODÉVIXIBAT

Caps.			200 mcg		
02542641	<i>Bylvay</i>	Medison	30	5277,74	175,9247

Caps.			400 mcg		
02542676	<i>Bylvay</i>	Medison	30	10555,48	351,8493

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. 600 mcg					
02542684	<i>Bylvay</i>	Medison	30	15833,22	527,7740
Caps. 1200 mcg					
02542692	<i>Bylvay</i>	Medison	30	31666,44	1055,5480
OFATUMUMAB					
Sol. Inj. S.C. 20 mg/0,4 mL					
02511355	<i>Kesimpta (stylo)</i>	Novartis	1	2208,33	
OLAPARIB					
Co. 100 mg					
02475200	<i>Lynparza</i>	AZC	60 120	3953,55 7907,10	65,8925 65,8925
Co. 150 mg					
02475219	<i>Lynparza</i>	AZC	60 120	3953,55 7907,10	65,8925 65,8925
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)					
Sol. pour Inh. (App.) 2,5 mcg - 2,5 mcg					
02441888	<i>Inspiroto Respimat</i>	Bo. Ing.	60 dose(s)	60,90	
OMALIZUMAB					
Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/mL (0,5 mL)					
02553805	<i>Omyclo</i>	Celltrion	1	168,74	
Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/mL (1 mL)					
02553813	<i>Omyclo</i>	Celltrion	1	384,96	
Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/mL (2 mL)					
+ 02565013	<i>Omyclo</i>	Celltrion	1	769,92	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/mL (0,5 mL)					
+ 02561018	<i>Omyclo</i>	Celltrion	1	168,74	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/mL (1 mL)					
+ 02561026	<i>Omyclo</i>	Celltrion	1	384,96	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Sol. Inj. S.C. (stylo)

150 mg/mL (2 mL)

+ 02565021	<i>Omyclo</i>	Celltrion	1	769,92	

OMALIZUMAB (XOLAIR - PD. INJ. S.C.)

Pd. Inj. S.C.

150 mg

* 02260565	<i>Xolair</i>	Novartis	1	618,00	

ONABOTULINUMTOXINA

Pd. Inj.

50 U

* 02531577	<i>Botox</i>	AbbVie	1	178,50	

Pd. Inj.

100 U

* 01981501	<i>Botox</i>	AbbVie	1	357,00	

Pd. Inj.

200 U

* 02531585	<i>Botox</i>	AbbVie	1	714,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ONDANSÉTRON

Co. Diss.Orale,Co ou Film

4 mg **PPB**

02369370	<i>AG-Ondansetron</i>	Angita	100	255,56	➡	2,5556
02288184	<i>Apo-Ondansetron</i>	Apotex	10	25,56	➡	2,5556
			30	76,67	➡	2,5556
02511282	<i>Auro-Ondansetron ODT</i>	AuroPharma	10	25,56	➡	2,5556
02541351	<i>Jamp Ondansetron ODF</i>	Jamp	10	25,56	➡	2,5556
02313685	<i>Jamp-Ondansetron</i>	Jamp	10	25,56	➡	2,5556
			100	255,56	➡	2,5556
02371731	<i>Mar-Ondansetron</i>	Marcan	10	25,56	➡	2,5556
			30	76,67	➡	2,5556
02514966	<i>Mar-Ondansetron ODT</i>	Marcan	10	25,56	➡	2,5556
02305259	<i>Mint-Ondansetron</i>	Mint	10	25,56	➡	2,5556
			30	76,67	➡	2,5556
02487330	<i>Mint-Ondansetron ODT</i>	Mint	10	25,56	➡	2,5556
02297868	<i>Mylan-Ondansetron</i>	Mylan	10	25,56	➡	2,5556
			100	255,56	➡	2,5556
02417839	<i>NAT-Ondansetron</i>	Natco	10	25,56	➡	2,5556
			30	76,67	➡	2,5556
02421402	<i>Ondansetron</i>	Sanis	100	255,56	➡	2,5556
02541424	<i>Ondansetron</i>	Sivem	10	25,56	➡	2,5556
			30	76,67	➡	2,5556
02519232	<i>Ondansetron ODT</i>	Jamp	10	25,56	➡	2,5556
02481723	<i>Ondansetron ODT</i>	Sandoz	10	25,56	➡	2,5556
02524279	<i>Ondansetron ODT</i>	Sanis	10	25,56	➡	2,5556
02389983	<i>Ondissolve ODF</i>	Takeda	10	32,72		3,2720
02258188	<i>pms-Ondansetron</i>	Phmscience	10	25,56	➡	2,5556
			100	255,56	➡	2,5556
02519445	<i>pms-Ondansetron ODT</i>	Phmscience	10	25,56	➡	2,5556
02274310	<i>Sandoz Ondansetron</i>	Sandoz	10	25,56	➡	2,5556
			100	255,56	➡	2,5556
02296349	<i>Teva-Ondansetron</i>	Teva Can	10	25,56	➡	2,5556
			100	255,56	➡	2,5556
02213567	<i>Zofran</i>	Novartis	10	126,60		12,6600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co. Diss.Orale,Co ou Film

8 mg **PPB**

02369389	<i>AG-Ondansetron</i>	Angita	100	408,80	➡	4,0880
02288192	<i>Apo-Ondansetron</i>	Apotex	10	40,88	➡	4,0880
			30	122,64	➡	4,0880
02511290	<i>Auro-Ondansetron ODT</i>	AuroPharma	10	40,88	➡	4,0880
02541378	<i>Jamp Ondansetron ODF</i>	Jamp	10	40,88	➡	4,0880
02313693	<i>Jamp-Ondansetron</i>	Jamp	10	40,88	➡	4,0880
			100	408,80	➡	4,0880
02371758	<i>Mar-Ondansetron</i>	Marcan	10	40,88	➡	4,0880
			30	122,64	➡	4,0880
02514974	<i>Mar-Ondansetron ODT</i>	Marcan	10	40,88	➡	4,0880
02305267	<i>Mint-Ondansetron</i>	Mint	10	40,88	➡	4,0880
			30	122,64	➡	4,0880
02487349	<i>Mint-Ondansetron ODT</i>	Mint	10	40,88	➡	4,0880
02297876	<i>Mylan-Ondansetron</i>	Mylan	10	40,88	➡	4,0880
			100	408,80	➡	4,0880
02417847	<i>NAT-Ondansetron</i>	Natco	10	40,88	➡	4,0880
			30	122,64	➡	4,0880
02325160	<i>Ondansetron</i>	Pro Doc	10	40,88	➡	4,0880
02421410	<i>Ondansetron</i>	Sanis	100	408,80	➡	4,0880
02541432	<i>Ondansetron</i>	Sivem	10	40,88	➡	4,0880
			30	122,64	➡	4,0880
02519240	<i>Ondansetron ODT</i>	Jamp	10	40,88	➡	4,0880
02481731	<i>Ondansetron ODT</i>	Sandoz	10	40,88	➡	4,0880
02524287	<i>Ondansetron ODT</i>	Sanis	10	40,88	➡	4,0880
02389991	<i>Ondissolve ODF</i>	Takeda	10	49,93		4,9930
02258196	<i>pms-Ondansetron</i>	Phmscience	10	40,88	➡	4,0880
			100	408,80	➡	4,0880
02519453	<i>pms-Ondansetron ODT</i>	Phmscience	10	40,88	➡	4,0880
02274329	<i>Sandoz Ondansetron</i>	Sandoz	10	40,88	➡	4,0880
			100	408,80	➡	4,0880
02296357	<i>Teva-Ondansetron</i>	Teva Can	10	40,88	➡	4,0880
			100	408,80	➡	4,0880
02213575	<i>Zofran</i>	Novartis	10	193,22		19,3220

Sol. Orale

4 mg/5 mL **PPB**

02490617	<i>Jamp-Ondansetron</i>	Jamp	50 ml	39,76	➡	0,7952
02524090	<i>Mint-Ondansetron Solution</i>	Mint	50 ml	39,76	➡	0,7952
02291967	<i>Ondansetron</i>	Apotex	50 ml	39,76	➡	0,7952

OSIMERTINIB 

Co.

40 mg

02456214	<i>Tagrisso</i>	AZC	30	8840,29		294,6764

Co.

80 mg

02456222	<i>Tagrisso</i>	AZC	30	8840,29		294,6764

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

OXCARBAZÉPINE

Co.

				150 mg	
02284294	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	62,09	0,6209

Co.

				300 mg	PPB
02284308	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	72,42	➡ 0,7242
02242068	<i>Trileptal</i>	Novartis	50	42,60	0,8520

Co.

				600 mg	PPB
02284316	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	144,84	➡ 1,4484
02242069	<i>Trileptal</i>	Novartis	50	85,20	1,7040

Susp. Orale

				60 mg/mL	
02244673	<i>Trileptal</i>	Novartis	250 ml	77,45	0,3098

OXYCODONE

Co. L.A.

				5 mg	
02366746	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	34,02	0,3402

Co. L.A.

				10 mg	PPB
02366754	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	47,41	➡ 0,4741
02372525	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	52,68	0,8780
02309882	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	47,41	➡ 0,4741

Co. L.A.

				15 mg	PPB
02394766	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	57,24	➡ 0,5724
02372533	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	63,60	1,0600

Co. L.A.

				20 mg	PPB
02366762	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	71,12	➡ 0,7112
02372797	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	79,02	1,3170
02309890	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	71,12	➡ 0,7112

Co. L.A.

				30 mg	PPB
02394774	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	93,96	➡ 0,9396
02372541	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	104,40	1,7400

Co. L.A.

				40 mg	PPB
02306530	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	123,26	➡ 1,2326
02372568	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	136,95	2,2825
02309904	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	123,26	➡ 1,2326

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.					
				60 mg PPB	
02394782	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	170,10	➡ 1,7010
02372576	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	189,00	➡ 3,1500
Co. L.A.					
				80 mg PPB	
02366789	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	227,66	➡ 2,2766
02372584	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	252,96	➡ 4,2160
02309912	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	227,66	➡ 2,2766
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE 					
Co. Croq.				500 mg (Fe)	
02471574	<i>Velphoro</i>	Vifor	90	378,32	➡ 4,2036
OZANIMOD (CHLORHYDRATE D') 					
Caps.				0,92 mg	
02505991	<i>Zeposia</i>	Celgene	28	1917,81	➡ 68,4932
Trousse (orale solide)					
				0,23 mg (4 caps.) et 0,46 mg (3 caps.)	
02506009	<i>Zeposia</i>	Celgene	1	479,45	➡
PALBOCICLIB 					
Co.				75 mg PPB	
02493535	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	➡ 253,9124
02552124	<i>pms-Palbociclib</i>	Phmscience	21	2666,08	➡ 126,9562
02547635	<i>Taro-Palbociclib</i>	Taro	21	2666,08	➡ 126,9562
Co.					
				100 mg PPB	
02493543	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	➡ 253,9124
02552132	<i>pms-Palbociclib</i>	Phmscience	21	2666,08	➡ 126,9562
02547643	<i>Taro-Palbociclib</i>	Taro	21	2666,08	➡ 126,9562
Co.					
				125 mg PPB	
02493551	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	➡ 253,9124
02552140	<i>pms-Palbociclib</i>	Phmscience	21	2666,08	➡ 126,9562
02547651	<i>Taro-Palbociclib</i>	Taro	21	2666,08	➡ 126,9562
PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM					
Mèche				1 m	
00920525	<i>Mesalt (1 m)</i>	Mölnlycke	10	44,70	➡ 4,4700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)					
00899496	Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)	Mölnlycke	30	27,29	0,9097
Pans. 201 cm² à 500 cm² (surface active)					
99004712	Curity Pansement au chlorure de sodium (15cm x 17cm- 225 cm²)	Covidien	96	202,04	2,1046
Pans. Moins de 100 cm² (surface active)					
00899429	Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)	Mölnlycke	30	21,25	0,7083
00899518	Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)	Mölnlycke	30	22,99	0,7663

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Mèche		30 cm à 90 cm			
99003260	Algisite M 30 cm	S. & N.	5	24,81	4,9620
99100955	Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)	Convatec	5	33,93	6,7860
99001705	Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)	Convatec	5	41,60	8,3200
99100155	Biatain Alginate (3 cm x 44 cm)	Coloplast	6	41,22	6,8700
99101379	Exufiber (2 cm x 45 cm)	Mölnlycke	5	33,91	6,7820
00898899	Kaltostat 40 cm	Convatec	5	35,49	7,0980
99114137	Kerracel (2 cm x 45 cm)	3M	5	33,94	6,7880
99100659	Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)	Medline	20	80,35	4,0175
99003015	Melgisorb Plus 45 cm	Mölnlycke	5	21,51	4,3020
			50	215,18	4,3036
99100100	Pansement à l'alginate de calcium 30 cm	Covidien	1	4,17	
99100101	Pansement à l'alginate de calcium 60 cm	Covidien	1	5,97	
99100102	Pansement à l'alginate de calcium 90 cm	Covidien	1	10,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. 100 cm² à 200 cm² (surface active)					
99101009	<i>Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99100975	<i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99101232	<i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	5	38,00	7,6000
99001772	<i>Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	61,44	6,1440
99100153	<i>Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	34,20	3,4200
99101377	<i>Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	35,20	3,5200
00898643	<i>Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	10	85,60	8,5600
99101217	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101224	<i>Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101216	<i>Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99114135	<i>Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	3M	10	37,14	3,7140
99100656	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>	Medline	100	134,75	1,3475
99003007	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	36,46	3,6460
			50	182,33	3,6466
			10	68,49	6,8490
99003023	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Mölnlycke	50	342,47	6,8494
			10	38,97	3,8970
99003481	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm²</i>	3M	10		
99100285	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm²</i>	3M	1	7,53	
99100467	<i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	Convatec	10	51,79	5,1790

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
201 cm² à 500 cm² (surface active)					
99003279	<i>Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	S. & N.	10	100,28	10,0280
99101010	<i>Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	46,58	9,3160
99100932	<i>Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	46,91	9,3820
99100931	<i>Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	5	62,55	12,5100
99100934	<i>Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	83,40	16,6800
99001764	<i>Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	65,35	13,0700
99100891	<i>Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	10	87,75	8,7750
99101378	<i>Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	87,75	8,7750
99101218	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 20,3cm-207 cm²)</i>	Covidien	5	13,20	2,6400
99101219	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)</i>	Covidien	10	26,40	2,6400
99114136	<i>Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	3M	5	46,60	9,3200
99100657	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i>	Medline	50	235,00	4,7000
99100468	<i>Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	52,49	10,4980
99100472	<i>Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	96,72	19,3440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
99101133	<i>Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	17,67	1,7670
99100937	<i>Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	16,50	1,6500
99001780	<i>Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	24,97	2,4970
99100156	<i>Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Coloplast	30	52,50	1,7500
99101380	<i>Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	16,85	1,6850
00898627	<i>Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	19,02	1,9020
00898635	<i>Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	10	55,57	5,5570
99101221	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm - 26cm²)</i>	Covidien	10	8,40	0,8400
* 99114138	<i>Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	10	17,75	1,7750
99100658	<i>Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)</i>	Medline	100	160,50	1,6050
99003066	<i>Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	5	8,92	1,7840
			50	89,23	1,7846
99100466	<i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	10	33,95	3,3950
Pans.					
Plus de 500 cm ² (surface active)					
99100888	<i>Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)</i>	Convatec	5	220,00	44,0000
99101220	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)</i>	Covidien	5	220,00	44,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100537	<i>Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	49,50	4,9500
99100475	<i>Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	10	100,05	10,0050
00907863	<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	1	5,02	
00920738	<i>Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	1	10,01	
99100135	<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	39,50	3,9500
99100601	<i>Biatain Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	39,50	7,9000
99114022	<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	39,50	3,9500
99114054	<i>Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	39,50	7,9000
99114024	<i>Biatain Silicone Non-Border (12.5 cm x 12.5 cm - 156.25 cm²)</i>	Coloplast	10	61,70	6,1700
99002787	<i>Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)</i>	Convatec	10	54,88	5,4880
99100794	<i>Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100744	<i>Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100745	<i>Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101206	<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	37,44	3,7440
99101207	<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101188	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm - 161 cm²)</i>	Covidien	10	14,61	1,4610
99004801	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Covidien	50	94,88	1,8976
99003244	<i>Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	24,70	4,9400
99003252	<i>Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>	Mölnlycke	5	46,70	9,3400
99114550	<i>Mepilex Up (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	19,35	3,8700
99114551	<i>Mepilex Up (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Mölnlycke	5	34,60	6,9200
99101382	<i>Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	19,35	3,8700
99101383	<i>Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²)</i>	Mölnlycke	10	38,70	3,8700
99100664	<i>Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²)</i>	Medline	5	34,60	6,9200
99100666	<i>Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>	Medline	10	69,20	6,9200
99100193	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm²</i>	3M	100	146,10	1,4610
			100	230,56	2,3056
			1	4,41	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99100889	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²</i>	3M	5	39,50	7,9000
99100708	<i>UrgoTul Absorb Non- Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Urgo	10	35,32	3,5320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. 201 cm² à 500 cm² (surface active)					
99100536	<i>Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	95,60	9,5600
99100535	<i>Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	170,00	17,0000
99002949	<i>Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	1	9,69	
00907855	<i>Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	1	17,22	
99100571	<i>Biatain Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	44,50	8,9000
99100603	<i>Biatain Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	79,00	15,8000
99114025	<i>Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	41,50	8,3000
99114055	<i>Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	73,80	14,7600
99005034	<i>Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)</i>	Convatec	1	11,16	
99100793	<i>Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	5	41,51	8,3020
99100746	<i>Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	83,04	8,3040
99100747	<i>Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101208	<i>Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	83,04	8,3040
99101209	<i>Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101187	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99101189	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99101190	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99100602	<i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	47,00	9,4000
99003538	<i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	92,60	18,5200
99114552	<i>Mepilex Up (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	40,95	8,1900
99114553	<i>Mepilex Up (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	72,80	14,5600
99101384	<i>Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	40,95	8,1900
99101385	<i>Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	10	81,90	8,1900
99100667	<i>Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>	Medline	5	72,80	14,5600
99100196	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²</i>	3M	10	145,60	14,5600
99100709	<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Urgo	100	443,45	4,4345
			30	492,37	16,4123
			10	74,48	7,4480

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100570	<i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	1	1,75	
00920711	<i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	1	1,78	
99100599	<i>Biatain Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	10	13,83	1,3830
99114027	<i>Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²)</i>	Coloplast	10	21,30	2,1300
99114028	<i>Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²)</i>	Coloplast	10	32,00	3,2000
99004534	<i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	10	33,54	3,3540
99100743	<i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101210	<i>Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101191	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Covidien	10	5,10	0,5100
99004852	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Covidien	25	36,25	1,4500
99100665	<i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Medline	200	102,05	0,5103

Pans.

Plus de 500 cm² (surface active)

99100604	<i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99114554	<i>Mepilex Up (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99101386	<i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99100195	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²</i>	3M	1	25,78	

Pans.

Sacrum ou triangulaire

99101388	<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)</i>	Coloplast	5	52,50	10,5000
99101389	<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)</i>	Coloplast	5	67,50	13,5000

Pans. mince

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100749	<i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	34,20	3,4200
99100133	<i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	1	3,54	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans. mince		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100750	<i>Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	57,31	5,7310
99100134	<i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	1	6,37	

Pans. mince		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99100748	<i>Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	12,99	1,2990
99100132	<i>Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)</i>	Mölnlycke	1	2,11	

Pans. mince		Plus de 500 cm ² (surface active)			
99100605	<i>Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	4	154,76	38,6900

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES

Pans.		100 cm ² à 200 cm ² (surface active)			
99101213	<i>Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²)</i>	Convatec	5	40,50	8,1000
			10	81,00	8,1000
99101214	<i>Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²)</i>	Convatec	5	50,62	10,1240
			10	101,24	10,1240
99100944	<i>Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)</i>	Convatec	10	112,08	11,2080
99113984	<i>Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Convatec	10	81,67	8,1670
99100469	<i>Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	70,51	7,0510
99100470	<i>Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)</i>	Convatec	5	69,15	13,8300

Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100942	<i>Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	5	77,02	15,4040
99100943	<i>Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)</i>	Convatec	5	121,52	24,3040
99100471	<i>Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	5	93,49	18,6980

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
99100976	<i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	10	41,70	4,1700
99101212	<i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	5	38,25	7,6500
99100977	<i>Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)</i>	Convatec	10	76,50	7,6500
99101185	<i>Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²)</i>	Convatec	10	61,20	6,1200
99113979	<i>Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>	Convatec	10	25,50	2,5500
99113983	<i>Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	35,90	3,5900
99100464	<i>Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	10	21,25	2,1250
Pans.					
Sacrum					
99100945	<i>Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²)</i>	Convatec	5	43,00	8,6000
99113981	<i>Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm²)</i>	Convatec	5	42,99	8,5980
99113982	<i>Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm²)</i>	Convatec	5	63,01	12,6020
99100465	<i>Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)</i>	Convatec	5	90,62	18,1240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99001667	<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	58,65	5,8650
99004585	<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	10	110,18	11,0180
99100476	<i>Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	59,00	5,9000
99100139	<i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)</i>	Coloplast	5	52,92	10,5840
99100654	<i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)</i>	Coloplast	5	32,75	6,5500
99100742	<i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)</i>	Coloplast	5	48,95	9,7900
99005026	<i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	1	12,00	
99100752	<i>Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	58,00	5,8000
99100753	<i>Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)</i>	BSN Med	5	43,61	8,7220
99110093	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)</i>	Mölnlycke	10	74,10	7,4100
99109793	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)</i>	Mölnlycke	10	108,10	10,8100
99114262	<i>Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	5	24,85	4,9700
99100661	<i>Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)</i>	Medline	100	440,30	4,4030
99100199	<i>Tegaderm 3M-Pansemment en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²</i>	3M	1	6,87	
99100854	<i>Tegaderm 3M-Pansemment en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²</i>	3M	5	55,00	11,0000
99101337	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)</i>	Urgo	10	87,20	8,7200

Pans.

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99001659	<i>Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	1	11,72	
99001896	<i>Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	1	22,41	
99100477	<i>Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	118,00	11,8000
99114249	<i>Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm²)</i>	S. & N.	10	109,77	10,9770
99004526	<i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	51,54	10,3080
99100754	<i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)</i>	BSN Med	5	66,86	13,3720

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		Moins de 100 cm² (surface active)			
99001713	<i>Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	24,14	2,4140
99100474	<i>Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)</i>	S. & N.	10	49,00	4,9000
99114245	<i>Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm²)</i>	S. & N.	10	19,86	1,9860
99114246	<i>Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm²)</i>	S. & N.	10	45,00	4,5000
99114247	<i>Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm²)</i>	S. & N.	10	57,00	5,7000
99100612	<i>Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)</i>	Coloplast	10	27,10	2,7100
99100137	<i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	10	44,80	4,4800
99100613	<i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)</i>	Coloplast	10	12,10	1,2100
99100820	<i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Coloplast	10	32,00	3,2000
99101375	<i>Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²)</i>	Coloplast	5	35,00	7,0000
99100653	<i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	10	52,00	5,2000
99004968	<i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	1	3,20	
99001853	<i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)</i>	Convatec	10	45,83	4,5830
99101205	<i>Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²)</i>	BSN Med	10	87,12	8,7120
99100751	<i>Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	BSN Med	10	52,00	5,2000
99109593	<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²)</i>	Mölnlycke	10	36,00	3,6000
99114263	<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>	Mölnlycke	10	83,90	8,3900
99109693	<i>Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²)</i>	Mölnlycke	10	62,40	6,2400
99109893	<i>Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	Mölnlycke	10	17,50	1,7500
99114261	<i>Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>	Mölnlycke	5	14,85	2,9700
99114260	<i>Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm²)</i>	Mölnlycke	5	9,98	1,9960
99114259	<i>Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm²)</i>	Mölnlycke	5	8,80	1,7600
99100660	<i>Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²)</i>	Medline	100	243,10	2,4310
99100198	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm²</i>	3M	1	4,41	
* 99100853	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm²</i>	3M	5	26,15	5,2300
99100197	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm²</i>	3M	1	2,68	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99101310	<i>UrgoTul Absorb Border</i> (10 cm x 10 cm - 36 cm ²)	Urgo	10	31,50	3,1500
99101309	<i>UrgoTul Absorb Border</i> (15 cm x 15 cm - 93 cm ²)	Urgo	10	61,80	6,1800

Pans.

Sacrum ou triangulaire

99114250	<i>Allevyn Life Sacrum</i> (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm ²)	S. & N.	10	71,02	7,1020
99114251	<i>Allevyn Life Sacrum</i> (21,6 cm x 23 cm - 182 cm ²)	S. & N.	10	134,44	13,4440
99004259	<i>Allevyn Sacrum</i> (17 cm x 17 cm - 123 cm ²)	S. & N.	1	9,39	
99002957	<i>Allevyn Sacrum</i> (23 cm x 23 cm - 237 cm ²)	S. & N.	1	17,05	
99101315	<i>Biatain Adhésif Sacrum</i> (23 cm x 23 cm - 123 cm ²)	Coloplast	5	46,35	9,2700
99005018	<i>Combiderm ACD</i> (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm ²)	Convatec	1	8,62	
99100105	<i>Combiderm ACD</i> (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm ²)	Convatec	1	14,39	
99100447	<i>Mepilex Border Sacrum</i> (16 cm x 20 cm - 120 cm ²)	Mölnlycke	10	95,80	9,5800
99100448	<i>Mepilex Border Sacrum</i> (22 cm x 25 cm - 240 cm ²)	Mölnlycke	10	139,60	13,9600
99101316	<i>UrgoTul Absorb Border</i> (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm ²)	Urgo	10	137,50	13,7500

Pans. mince

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100887	<i>Allevyn Gentle Border Lite</i> (15 cm x 15 cm - 146 cm ²)	S. & N.	10	59,95	5,9950
99101328	<i>Foam Lite Convatec</i> (15 cm x 15 cm - 121 cm ²)	Convatec	10	49,70	4,9700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99100886	<i>Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)</i>	S. & N.	10	36,83	3,6830
99100885	<i>Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)</i>	S. & N.	10	25,69	2,5690
99100884	<i>Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)</i>	S. & N.	10	20,15	2,0150
99100952	<i>Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Coloplast	10	24,80	2,4800
99100890	<i>Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	10	27,80	2,7800
99101211	<i>Biatain Silicone Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	Coloplast	10	17,50	1,7500
99101327	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>	Convatec	10	40,00	4,0000
99101893	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²)</i>	Convatec	10	82,51	8,2510
99101329	<i>Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²)</i>	Convatec	10	22,50	2,2500
99101326	<i>Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	23,67	2,3670

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100559	<i>Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100456	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100953	<i>Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	63,90	6,3900
99100998	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99101228	<i>Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99100324	<i>Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	5	33,25	6,6500
99100325	<i>Biatain Ag Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	66,50	13,3000
99100541	<i>Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	52,50	5,2500
99101452	<i>Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	64,70	6,4700
99100545	<i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	59,74	5,9740
99100366	<i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	34,33	6,8660
99100367	<i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>	Mölnlycke	5	64,67	12,9340
99100663	<i>Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Medline	100	453,00	4,5300
99100288	<i>Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	3M	5	80,44	16,0880
99100289	<i>Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	3M	10	96,00	9,6000
99101346	<i>Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	3M	5	64,99	12,9980
99101347	<i>Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	3M	10	78,64	7,8640
99100562	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Urgo	10	83,27	8,3270
99114365	<i>UrgoTul Ag (10 cm x 12 cm - 120 cm²)</i>	Urgo	10	77,81	7,7810

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
201 cm² à 500 cm² (surface active)					
99100560	<i>Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	157,50	15,7500
99100561	<i>Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	280,40	28,0400
99100455	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	159,50	15,9500
99100457	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	283,96	28,3960
99100326	<i>Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)</i>	Convatec	5	93,02	18,6040
99100954	<i>Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	73,13	14,6260
99101000	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99101001	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	5	99,60	19,9200
99101005	<i>Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	132,80	26,5600
99101229	<i>Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99100595	<i>Biatain Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	74,81	14,9620
99100329	<i>Biatain Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	124,80	24,9600
99114020	<i>Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	10	102,30	10,2300
99101381	<i>Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	148,10	14,8100
99100543	<i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	102,29	10,2290
99100368	<i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	77,06	15,4120
99100369	<i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	124,83	24,9660
99100825	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	10	194,40	19,4400
99114406	<i>UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	5	98,17	19,6340
99114366	<i>UrgoTul Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	10	175,50	17,5500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100557	<i>Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100450	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100338	<i>Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	10	102,78	10,2780
99100974	<i>Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,34	2,8340
99101006	<i>Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99101231	<i>Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99100594	<i>Biatain Ag Non Adhésif (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	5	11,64	2,3280
99114021	<i>Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Coloplast	30	84,00	2,8000
99101454	<i>Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	28,00	2,8000
99100544	<i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	27,75	2,7750
99100287	<i>Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	10	31,70	3,1700
* 99101348	<i>Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	10	32,00	3,2000
99114405	<i>UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²)</i>	Urgo	10	40,95	4,0950

Pans.

Plus de 500 cm² (surface active)

99100235	<i>Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm²)</i>	S. & N.	1	66,28	
99100236	<i>Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	1	130,27	
99100593	<i>Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	6	781,62	130,2700
99100328	<i>Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)</i>	Convatec	5	224,00	44,8000
99100973	<i>Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101230	<i>Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101453	<i>Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	5	233,00	46,6000
99100596	<i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	106,20	53,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans.

Sacrum ou triangulaire

99100451	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i>	S. & N.	10	151,40	15,1400
99100452	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i>	S. & N.	10	244,30	24,4300
99101094	<i>Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)</i>	Convatec	5	60,95	12,1900
99100800	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)</i>	Mölnlycke	1	22,87	
99100801	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,09	

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE

Pâte

99100098	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	5 g 10 g 17 g	8,49 16,99 28,86	

Pd.

3 g

99114248	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	7	24,11	3,4440

Pom. Top.

99100099	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	10 g 20 g 40 g	13,72 27,44 54,88	

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100453	<i>Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99100564	<i>Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99101002	<i>Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)</i>	Convatec	10	220,52	22,0520
99113835	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)</i>	Coloplast	5	77,15	15,4300
99101274	<i>Biatain Silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)</i>	Coloplast	5	65,16	13,0320
99101277	<i>Biatain Silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)</i>	Coloplast	5	99,89	19,9780
99100799	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)</i>	Mölnlycke	1	15,67	
99100712	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,87	
99100713	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)</i>	Mölnlycke	1	19,86	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans.

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100454	<i>Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99100565	<i>Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99101007	<i>Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	5	177,74	35,5480
99101008	<i>Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)</i>	Convatec	5	280,44	56,0880

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100449	<i>Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99100563	<i>Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99101003	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	10	81,88	8,1880
99101091	<i>Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)</i>	Convatec	10	120,31	12,0310
99101092	<i>Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)</i>	Convatec	10	53,47	5,3470
99100926	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)</i>	Coloplast	5	24,75	4,9500
99113834	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)</i>	Coloplast	5	68,20	13,6400
99100927	<i>Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	5	50,55	10,1100
99100710	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i>	Mölnlycke	1	6,94	
99100798	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,88	
99100711	<i>Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	1	4,67	
99100662	<i>Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)</i>	Medline	100	433,00	4,3300

Pans.

Sacrum ou triangulaire

99113836	<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)</i>	Coloplast	5	78,55	15,7100
99113837	<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (25 cm x 25 cm - 289 cm²)</i>	Coloplast	5	146,20	29,2400

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

* 99001802	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)</i>	3M	50	210,00	4,2000
* 99001810	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)</i>	3M	50	383,50	7,6700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100103	Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm ²)	3M	1	3,34	

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100609	Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Coloplast	10	28,00	2,8000
00899666	DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Convatec	5	21,70	4,3400
99004984	DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm ²)	Convatec	20	86,82	4,3410
			1	8,15	
99004720	Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm ²)	Covidien	5	18,00	3,6000

Pans.

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100610	Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm ²)	Coloplast	5	31,50	6,3000
99100611	Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm ²)	Coloplast	5	56,00	11,2000
00899674	DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm ²)	Convatec	1	9,50	
00801046	DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm ²)	Convatec	1	12,65	
00899682	DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm ²)	Convatec	1	16,87	
99004992	DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm ²)	Convatec	1	16,36	
99004747	Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm ²)	Covidien	30	229,90	7,6633
99004755	Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm ²)	Covidien	30	273,20	9,1067

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100608	Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm ²)	Coloplast	30	20,16	0,6720
99004976	DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm ²)	Convatec	1	4,09	

Pans.

Plus de 500 cm² (surface active)

00800988	DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm ²)	Convatec	1	17,92	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans.		Sacrum ou triangulaire			
99100148	<i>Comfeel Plus Sacrum</i> (18 cm x 20 cm - 180 cm ²)	Coloplast	5	46,75	9,3500
00907758	<i>DuoDERM CGF Border</i> (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm ²)	Convatec	1	5,43	
00907782	<i>DuoDERM CGF Border</i> (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm ²)	Convatec	1	11,17	
99100108	<i>DuoDERM Signal (Sacrum)</i> 20 cm x 23 cm - 258 cm ²)	Convatec	1	14,13	
99100107	<i>DuoDERM Signal</i> (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm ²)	Convatec	1	10,65	
99100106	<i>DuoDERM Signal</i> (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm ²)	Convatec	1	16,33	

Pans. mince		100 cm ² à 200 cm ² (surface active)			
99100143	<i>Comfeel Plus Transparent</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Coloplast	10	28,10	2,8100
99101135	<i>Comfeel Plus Transparent</i> (5 cm x 25 cm - 125 cm ²)	Coloplast	10	36,20	3,6200
99100147	<i>Comfeel Plus Transparent</i> (9 cm x 14 cm - 126 cm ²)	Coloplast	10	36,60	3,6600
99000261	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Convatec	1	3,00	3,0000
			10	30,00	
00920029	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince</i> (10 cm x 15 cm - 118 cm ²)	Convatec	1	3,82	
00920088	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince</i> (5 cm x 20 cm - 100 cm ²)	Convatec	1	3,24	
99100655	<i>Exuderm OdorShield</i> (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Medline	10	21,28	2,1280

Pans. mince		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100144	<i>Comfeel Plus Transparent</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²)	Coloplast	5	27,30	5,4600
99101136	<i>Comfeel Plus Transparent</i> (9 cm x 25 cm - 225 cm ²)	Coloplast	5	27,25	5,4500
00908134	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince</i> (15 cm x 15 cm - 225 cm ²)	Convatec	1	5,77	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
99101134	<i>Comfeel Plus Transparent (5 cm x 15 cm - 75 cm²)</i>	Coloplast	10	26,20	2,6200
99100146	<i>Comfeel Plus Transparent (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	10	15,80	1,5800
00920231	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)</i>	Convatec	1	1,96	
00920010	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	1	2,60	
Pans. mince					
Sacrum					
00920037	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum) 15 cm x 18 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	1	8,43	
99100652	<i>Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)</i>	Medline	5	36,79	7,3580
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE					
Pans.					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
00907707	<i>DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	1	4,39	
Pans.					
201 cm ² à 500 cm ² (surface active)					
00907715	<i>DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	1	11,35	
Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
00907804	<i>DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Convatec	1	2,31	
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE					
Pans.					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
99100239	<i>Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)</i>	Mölnlycke	1	7,40	
99100353	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm²</i>	3M	1	5,23	
Pans.					
201 cm ² à 500 cm ² (surface active)					
99100354	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm²</i>	3M	1	15,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pans.		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99100237	<i>Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)</i>	Mölnlycke	1	3,48	
99100238	<i>Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)</i>	Mölnlycke	1	4,52	
99100352	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²</i>	3M	1	3,39	

Pans.		Plus de 500 cm ² (surface active)			
99100240	<i>Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	1	21,36	

PARAFFINE/HUILE MINÉRALE

Pom. Oph.		57,3 % - 42,5 %			
00210889	<i>Refresh Lacri-Lube</i>	AbbVie	3,5 g	6,98	

PATISIRAN

Sol. Perf. I.V.		2 mg/mL (5 mL)			
02489252	<i>Onpattro</i>	Alnylam	1	10502,41	

PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE)

Co.		200 mg PPB			
02552957	<i>Eugia-Pazopanib</i>	EUGIA Ph	120	2185,80 ➡	18,2150
02525666	<i>pms-Pazopanib</i>	Phmscience	60	1092,90 ➡	18,2150
			120	2185,80 ➡	18,2150
02352303	<i>Votrient</i>	Novartis	120	4129,20	34,4100

PEGCÉTACOPLAN

Sol. Perf. S. C.		54 mg/mL (20 mL)			
02533294	<i>Empaveli</i>	SOBI	1	4970,00	

PEGINTERFÉRON ALFA-2A

Sol. Inj. S.C.		180 mcg/0,5 mL			
02248077	<i>Pegasys</i>	Accelera	1	416,03	

PEMIGATINIB

Co.		4,5 mg			
02519933	<i>Pemazyre</i>	Incyte	14	11624,18	830,2986

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				9 mg	
02519941	<i>Pemazyre</i>	Incyte	14	11624,18	830,2986

Co.				13,5 mg	
02519968	<i>Pemazyre</i>	Incyte	14	11624,18	830,2986

PENTOXIFYLLINE

Co. L.A.

				400 mg	PPB
02543087	<i>JAMP Pentoxifylline SR</i>	Jamp	100	58,46	➡ 0,5846
02230090	<i>Pentoxifylline SR</i>	AA Pharma	100	58,46	➡ 0,5846

PÉRAMPANEL

Co.

				2 mg	PPB
02404516	<i>Fycompa</i>	Eisai	7	66,15	9,4500
02522632	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	30	171,38	➡ 5,7128

Co.				4 mg	PPB
02404524	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500
02522640	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	30	171,38	➡ 5,7128

Co.				6 mg	PPB
02404532	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500
02522659	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	30	171,38	➡ 5,7128

Co.				8 mg	PPB
02404540	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500
02522667	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	30	171,38	➡ 5,7128

Co.				10 mg	PPB
02404559	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500
02522675	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	30	171,38	➡ 5,7128

Co.				12 mg	PPB
02404567	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500
02522683	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	30	171,38	➡ 5,7128

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL

Liq.

				1,1 g/mL	
02453304	<i>Ravicti</i>	Horizon	25 ml	1200,00	48,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM

Gran.

483 mg/g

02436663	<i>Pheburane</i>	Medunik	1	1612,80	

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM

Sol. Rect.

160 mg -60 mg/mL

* 02096900	<i>Lax-A NEMA</i>	Pendopharm	130 ml	3,33	

Sol. Rect. Péd.

160 mg -60 mg/mL

00108065	<i>Fleet Pédiatrique</i>	CB Fleet	65 ml	4,10	

PIMÉCROLIMUS

Cr. Top.

1 %

02247238	<i>Elidel</i>	Bausch H.	30 g 60 g	62,94 125,89	2,0980 2,0982

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

15 mg **PPB**

02302942	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	100	50,00	➡	0,5000
02397307	<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	100	50,00	➡	0,5000
02326477	<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	100	50,00	➡	0,5000
02391600	<i>Pioglitazone</i>	Accord	90	45,00	➡	0,5000
02302861	<i>Teva-Pioglitazone</i>	Teva Can	100	50,00	➡	0,5000

Co.

30 mg **PPB**

02302950	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	100	70,00	➡	0,7000
02365529	<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	100	70,00	➡	0,7000
02326485	<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	100	70,00	➡	0,7000
02339587	<i>Pioglitazone</i>	Accord	90	63,00	➡	0,7000
02302888	<i>Teva-Pioglitazone</i>	Teva Can	100	70,00	➡	0,7000

Co.

45 mg **PPB**

02302977	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	100	105,00	➡	1,0500
02365537	<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	100	105,00	➡	1,0500
02326493	<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	100	105,00	➡	1,0500
02339595	<i>Pioglitazone</i>	Accord	90	94,50	➡	1,0500
02302896	<i>Teva-Pioglitazone</i>	Teva Can	100	105,00	➡	1,0500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PIRFÉNIDONE

Caps.

267 mg **PPB**

02509938	<i>Jamp Pirfenidone</i>	Jamp	63	422,86	➡	6,7120
			270	1812,24	➡	6,7120
02488833	<i>Sandoz Pirfenidone Capsules</i>	Sandoz	21	140,95	➡	6,7120
			270	1812,24	➡	6,7120

Co.

267 mg **PPB**

02537753	<i>Auro-Pirfenidone</i>	AuroPharma	21	70,48	➡	3,3560
			90	302,04	➡	3,3560
02464489	<i>Esbriet</i>	Roche	21	273,63		13,0300
			270	3518,10		13,0300
02514702	<i>Jamp Pirfenidone</i>	Jamp	90	302,04	➡	3,3560
			270	906,12	➡	3,3560
02550644	<i>M-Pirfenidone</i>	Mantra Ph.	21	70,48	➡	3,3560
			90	302,04	➡	3,3560
02531526	<i>pms-Pirfenidone</i>	Phmscience	21	70,48	➡	3,3560
			270	906,12	➡	3,3560
02488507	<i>Sandoz Pirfenidone</i>	Sandoz	21	70,48	➡	3,3560
			270	906,12	➡	3,3560

Co.

801 mg **PPB**

02537761	<i>Auro-Pirfenidone</i>	AuroPharma	21	211,43	➡	10,0680
			90	906,12	➡	10,0680
02464500	<i>Esbriet</i>	Roche	90	3518,10		39,0900
02514710	<i>Jamp Pirfenidone</i>	Jamp	90	906,12	➡	10,0680
02550652	<i>M-Pirfenidone</i>	Mantra Ph.	90	906,12	➡	10,0680
02531534	<i>pms-Pirfenidone</i>	Phmscience	90	906,12	➡	10,0680
02488515	<i>Sandoz Pirfenidone</i>	Sandoz	90	906,12	➡	10,0680

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Pd. Orale

1 g/g **PPB**

02460297	<i>Comfilax</i>	Cellchem	238 g	➡	5,93	
			510 g	➡	12,70	
02374137	<i>Emolax</i>	Jamp	510 g	➡	12,70	
99113714	<i>Emolax (30 sachets de 17 grammes)</i>	Jamp	510 g		12,70	➡ 0,0249
02453193	<i>Lax-A-Day Pharma</i>	Phmscience	510 g	➡	12,70	
02450070	<i>M-Peg 3350</i>	Mantra Ph.	510 g	➡	12,70	
02520796	<i>Peg 3350</i>	Angita	510 g	➡	12,70	
02358034	<i>Peg 3350</i>	Medisca	255 g	➡	6,35	
			510 g		14,74	
99114378	<i>Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes)</i>	Angita	510 g		12,70	➡ 0,0249
02346672	<i>Relaxa</i>	Medexus	510 g	➡	12,70	
99101166	<i>Relaxa (30 sachets de 17 grammes)</i>	Medexus	510 g		12,70	➡ 0,0249

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)

Pd. Orale

0,851 g - 0,082 g - 0,024 g - 0,021 g - 0,011 g / g **PPB**

02378329	<i>Jamplyte (280g)</i>	Jamp	1	➡	16,45	
99100717	<i>PegLyte (280 g)</i>	Pendopharm	1	➡	16,45	

POLYVINYLIQUE (ALCOOL)

Sol. Oph.

1,4 % (0,4 mL)

02138670	<i>Refresh</i>	AbbVie	30		9,95	0,3317

POMALIDOMIDE

Caps.

1 mg **PPB**

02520427	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	21		2625,00	➡ 125,0000
02538059	<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	21		2625,00	➡ 125,0000
02506394	<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	21		2625,00	➡ 125,0000
02419580	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
02504073	<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	21		2625,00	➡ 125,0000
02523973	<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	21		2625,00	➡ 125,0000

Caps.

2 mg **PPB**

02520435	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	21		2625,00	➡ 125,0000
02538075	<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	21		2625,00	➡ 125,0000
02506408	<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	21		2625,00	➡ 125,0000
02419599	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
02504081	<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	21		2625,00	➡ 125,0000
02523981	<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	21		2625,00	➡ 125,0000

Caps.

3 mg **PPB**

02520443	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	21		2625,00	➡ 125,0000
02538083	<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	21		2625,00	➡ 125,0000
02506416	<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	21		2625,00	➡ 125,0000
02419602	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
02504103	<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	21		2625,00	➡ 125,0000
02524007	<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	21		2625,00	➡ 125,0000

Caps.

4 mg **PPB**

02520451	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	21		2625,00	➡ 125,0000
02538091	<i>JAMP Pomalidomide</i>	Jamp	21		2625,00	➡ 125,0000
02506424	<i>Nat-Pomalidomide</i>	Natco	21		2625,00	➡ 125,0000
02419610	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
02504111	<i>Reddy-Pomalidomide</i>	Dr Reddy's	21		2625,00	➡ 125,0000
02524015	<i>Sandoz Pomalidomide</i>	Sandoz	21		2625,00	➡ 125,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

POSACONAZOLE

Co. L.A.

100 mg **PPB**

02542021	<i>GLN-Posaconazole</i>	Glenmark	60	700,85	➡ 11,6808
02496259	<i>Sandoz Posaconazole</i>	Sandoz	60	700,85	➡ 11,6808

Susp. Orale

40 mg/mL **PPB**

02530333	<i>JAMP Posaconazole</i>	Jamp	105 ml	869,03	➡ 8,2765
02293404	<i>Posanol</i>	Merck	105 ml	981,18	9,3446

POSACONAZOLE (MINT ET TARO)

Co. L.A.

100 mg **PPB**

02544644	<i>Mint-Posaconazole</i>	Mint	60	700,85	➡ 11,6808
02543311	<i>Taro-Posaconazole</i>	Taro	60	700,85	➡ 11,6808

PRASUGREL

Co.

10 mg

02502429	<i>Jamp Prasugrel</i>	Jamp	30	50,04	1,6680

PROGESTÉRONNE

Co. Vag. (eff.)

100 mg

02334992	<i>Endometrin</i>	Ferring	21	84,00	4,0000

Gel vag. (App.)

8 %

02241013	<i>Crinone</i>	Serono	18	144,00	

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Orale

3,75 mg/mL

02457857	<i>Hemangiol</i>	Pierre Fab	120 ml	273,70	2,2808

PSYLLIUM (MUCILAGE DE) ⁵

Pd. Orale

99002876			1 g		

QUIZARTINIB

Co.

17,7 mg

02558351	<i>Vanflyta</i>	Daiichi	28	10872,12	388,2900

⁵ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			26,5 mg		
02558378	Vanflyta	Daiichi	56	21744,24	388,2900

RANIBIZUMAB

Sol. Inj.			10 mg/mL (0,23ml)		
02525852	Byooviz	Biogen	1	900,00	
02542250	Ranopto	Teva Innov	1	900,00	

RASAGILINE (MÉSULATE DE)

Co.			0,5 mg PPB		
02404680	Apo-Rasagiline	Apotex	100	360,50	➡ 3,6050
02284642	Azilect	Teva Innov	30	210,00	7,0000
02491974	Jamp Rasagiline	Jamp	30	108,15	➡ 3,6050
			100	360,50	➡ 3,6050
02418436	Teva-Rasagiline	Teva Can	30	108,15	➡ 3,6050

Co.			1 mg PPB		
02404699	Apo-Rasagiline	Apotex	100	360,50	➡ 3,6050
02284650	Azilect	Teva Innov	30	210,00	7,0000
02491982	Jamp Rasagiline	Jamp	30	108,15	➡ 3,6050
			100	360,50	➡ 3,6050
02418444	Teva-Rasagiline	Teva Can	30	108,15	➡ 3,6050

RAVULIZUMAB

Sol. Perf. I.V.			10 mg/mL (30 mL)		
02491559	Ultomiris	Alexion	1	7282,15	

Sol. Perf. I.V.			100 mg/mL (3 mL)		
02533448	Ultomiris	Alexion	1	7282,15	

Sol. Perf. I.V.			100 mg/mL (11 mL)		
02533456	Ultomiris	Alexion	1	26701,20	

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)

Bandelette					
99100516	Oracle	TremHarr	50	36,45	
			100	72,90	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG

Bandelette

99100333	<i>CoaguChek XS PT Test</i>	Roche Diag	6	37,20	
			24	148,80	
			48	297,60	
99113393	<i>CoaguChek XS PT Test PST</i>	Roche Diag	6	37,20	
			24	148,80	

RÉGORAFENIB (MONOHYDRATE DE)

Co.

40 mg

02403390	<i>Stivarga</i>	Bayer	84	6100,08	72,6200

RÉLUGOLIX/ESTRADIOL/NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)

Co.

40 mg - 1 mg - 0,5 mg

02541742	<i>Myfembree</i>	Knight	28	252,00	9,0000

RIBOCICLIB (SUCCINATE DE)

Co.

200 mg

02473569	<i>Kisqali</i>	Novartis	21	1777,65	84,6500
			42	3555,30	84,6500
			63	5332,95	84,6500

RIFAXIMINE

Co.

550 mg

02410702	<i>Zaxine</i>	Salix	60	460,65	7,6775

RILUZOLE

Co.

50 mg **PPB**

02352583	<i>Apo-Riluzole</i>	Apotex	60	206,17	➡ 3,4361
02390299	<i>Mylan-Riluzole</i>	Mylan	60	206,17	➡ 3,4361
02242763	<i>Rilutek</i>	SanofiAven	60	585,84	9,7640

RIOCIGUAT

Co.

0,5 mg **PPB**

02412764	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533545	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93	➡ 24,0460

Co.

1 mg **PPB**

02412772	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533561	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93	➡ 24,0460

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			1,5 mg PPB		
02412799	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533588	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93 ➡	24,0460

Co.			2 mg PPB		
02412802	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533596	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93 ➡	24,0460

Co.			2,5 mg PPB		
02412810	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533618	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93 ➡	24,0460

RIPRÉTINIB

Co.			50 mg		
02500833	<i>Qinlock</i>	Medison	90	19468,75	216,3194

RISANKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE)

Sol. Perf. I.V.			60 mg/mL (10 mL)		
99114556	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	4593,14	

Sol.Inj.S.C.(mini-doseur)			150 mg/mL (1,2 mL)		
02552507	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	4593,14	

Sol.Inj.S.C.(mini-doseur)			150 mg/mL (2,4 mL)		
99114557	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	4593,14	

RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN)

Sol. Perf. I.V.			60 mg/mL (10 mL)		
02532107	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	4593,14	

Sol.Inj.S.C.(mini-doseur)			150 mg/mL (2,4 mL)		
02532093	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	4593,14	

RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)

Sol. Inj. S.C.			150 mg/mL (1 mL)		
02519283	<i>Skyrizi (seringue)</i>	AbbVie	1	4935,00	
02519291	<i>Skyrizi (stylo)</i>	AbbVie	1	4935,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)			90 mg/mL (0,83 mL)		
02487454	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	2	4935,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RISDIPLAM

Co.

				5 mg	
02560747	<i>Evrysdi</i>	Roche	28	27156,15	969,8625

Pd. Orale

			60 mg (0,75 mg/mL)		
02514931	<i>Evrysdi</i>	Roche	1	11638,35	

RITUXIMAB

Sol. Perf. I.V.

				10 mg/mL	
02498316	<i>Riximyo</i>	Sandoz	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02495724	<i>Ruxience</i>	Pfizer	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02478382	<i>Truxima</i>	Teva Innov	10 ml	297,00	
02478390	<i>Truxima</i>	Teva Innov	50 ml	1485,00	

RIVAROXABAN

Co.

				2,5 mg	PPB	
02555255	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	100	35,50	➡	0,3550
02541734	<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	60	21,30	➡	0,3550
			100	35,50	➡	0,3550
02549328	<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	30	10,65	➡	0,3550
			100	35,50	➡	0,3550
02553368	<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	100	35,50	➡	0,3550
02551608	<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	30	10,65	➡	0,3550
			100	35,50	➡	0,3550
02555107	<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	100	35,50	➡	0,3550
02527537	<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	100	35,50	➡	0,3550
02540967	<i>Pro-Rivaroxaban</i>	Pro Doc	100	35,50	➡	0,3550
02524503	<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	100	35,50	➡	0,3550
02540835	<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	100	35,50	➡	0,3550
02547899	<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	100	35,50	➡	0,3550
02541467	<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	100	35,50	➡	0,3550
02537877	<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	100	35,50	➡	0,3550
02526786	<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	100	35,50	➡	0,3550
			500	177,50	➡	0,3550
02547295	<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	30	10,65	➡	0,3550
			100	35,50	➡	0,3550
02480808	<i>Xarelto</i>	Bayer	100	142,00		1,4200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

RIVASTIGMINE

Caps.

 1,5 mg **PPB**

02336715	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	➡	0,6513
02242115	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50		2,4375
02485362	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02552256	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	➡	0,6513
02401614	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02416999	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	➡	0,6513
02324563	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513

Caps.

 3 mg **PPB**

02336723	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	➡	0,6513
02242116	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50		2,4375
02485370	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02552264	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	➡	0,6513
02401622	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02417006	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	➡	0,6513
02324571	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513

Caps.

 4,5 mg **PPB**

02336731	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	➡	0,6513
02242117	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50		2,4375
02485389	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02552272	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	➡	0,6513
02401630	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513
02417014	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	➡	0,6513
02324598	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	➡	0,6513
			100	65,13	➡	0,6513

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Caps.

6 mg **PPB**

02336758	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	➡ 0,6513
02242118	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50	2,4375
02485397	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	➡ 0,6513
			100	65,13	➡ 0,6513
02552280	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	➡ 0,6513
02401649	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	➡ 0,6513
			100	65,13	➡ 0,6513
02417022	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	➡ 0,6513
02324601	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	➡ 0,6513
			100	65,13	➡ 0,6513

Sol. Orale

2 mg/mL

02245240	<i>Exelon</i>	Knight	120 ml	153,02	1,2752

Timbre cut.

4,6 mg/24H **PPB**

02302845	<i>Exelon Patch 5</i>	Knight	30	131,63	4,3877
02423413	<i>Mylan-Rivastigmine Patch 5</i>	Mylan	30	119,32	➡ 3,9773
02479540	<i>Rivastigmine Patch 5</i>	Phmscience	30	119,32	➡ 3,9773
02426293	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 5</i>	Sandoz	30	119,32	➡ 3,9773

Timbre cut.

9,5 mg/24H **PPB**

02302853	<i>Exelon Patch 10</i>	Knight	30	131,63	4,3877
02423421	<i>Mylan-Rivastigmine Patch 10</i>	Mylan	30	119,32	➡ 3,9773
02479559	<i>Rivastigmine Patch 10</i>	Phmscience	30	119,32	➡ 3,9773
02426307	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 10</i>	Sandoz	30	119,32	➡ 3,9773

ROMOSOZUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

90 mg/mL (1,17 mL)

02489597	<i>Evenity</i>	Amgen	2	656,78	328,3900

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Co.

2 mg

02403366	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	103,16	1,0316

Co.

4 mg

02403374	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	161,88	1,6188

Co.

8 mg

02403382	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	231,50	2,3150

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

ROTIGOTINE

Timbre cut.

02403897	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	106,20	3,5400

Timbre cut.

02403900	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	106,20	3,5400

Timbre cut.

02403919	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	195,00	6,5000

Timbre cut.

02403927	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	195,00	6,5000

Timbre cut.

02403935	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	218,10	7,2700

Timbre cut.

02403943	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	218,10	7,2700

ROZANOLIXIZUMAB

Sol. Inj. S.C.

02556081	<i>Rystiggo</i>	U.C.B.	1	12260,28	

RUFINAMIDE

Co.

02369613	<i>Banzel</i>	Eisai	30	21,54	0,7180

Co.

02545985	<i>Auro-Rufinamide</i>	AuroPharma	120	121,00	➡ 1,0083
			500	504,15	➡ 1,0083
02369621	<i>Banzel</i>	Eisai	120	172,36	1,4363

Co.

02545993	<i>Auro-Rufinamide</i>	AuroPharma	120	263,64	➡ 2,1970
			500	1098,50	➡ 2,1970
02369648	<i>Banzel</i>	Eisai	120	375,58	3,1298

RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE)

Co.

02388006	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				10 mg	
02434814	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

Co.				15 mg	
02388014	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

Co.				20 mg	
02388022	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

SACUBITRIL/VALSARTAN

Co.				24,3 mg - 25,7 mg	PPB
02446928	<i>Entresto</i>	Novartis	30	108,60	3,6200
02564432	<i>pms-Sacubitril-Valsartan</i>	Phmscience	30	55,59	➡ 1,8530
			60	111,18	➡ 1,8530
02549018	<i>Sandoz Sacubitril-Valsartan</i>	Sandoz	30	55,59	➡ 1,8530

Co.				48,6 mg - 51,4 mg	PPB
02446936	<i>Entresto</i>	Novartis	60	217,20	3,6200
02564440	<i>pms-Sacubitril-Valsartan</i>	Phmscience	60	111,18	➡ 1,8530
			180	333,54	➡ 1,8530
02549026	<i>Sandoz Sacubitril-Valsartan</i>	Sandoz	60	111,18	➡ 1,8530

Co.				97,2 mg - 102,8 mg	PPB
02446944	<i>Entresto</i>	Novartis	60	217,20	3,6200
02564459	<i>pms-Sacubitril-Valsartan</i>	Phmscience	60	111,18	➡ 1,8530
			180	333,54	➡ 1,8530
02549034	<i>Sandoz Sacubitril-Valsartan</i>	Sandoz	60	111,18	➡ 1,8530

SALBUTAMOL (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.				200 mcg/coque	
02243115	<i>Ventolin Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	9,40	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Aéro. oral				25 mcg -125 mcg/dose	
02245126	<i>Advair 125</i>	GSK	120 dose(s)	90,69	

Aéro. oral				25 mcg -250 mcg/dose	
02245127	<i>Advair 250</i>	GSK	120 dose(s)	128,74	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pd. pour Inh.

50 mcg-100 mcg/coque **PPB**

02240835	<i>Advair Diskus 100</i>	GSK	60 dose(s)	75,79	
02494507	<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i>	Phmscience	60 dose(s) ➡	42,41	
02495597	<i>Wixela Inhub</i>	Mylan	60 dose(s) ➡	42,41	

Pd. pour Inh.

50 mcg-250 mcg/coque **PPB**

02240836	<i>Advair Diskus 250</i>	GSK	60 dose(s)	90,69	
02494515	<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i>	Phmscience	60 dose(s) ➡	50,76	
02495600	<i>Wixela Inhub</i>	Mylan	60 dose(s) ➡	50,76	

Pd. pour Inh.

50 mcg-500 mcg/coque **PPB**

02240837	<i>Advair Diskus 500</i>	GSK	60 dose(s)	128,74	
02494523	<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i>	Phmscience	60 dose(s) ➡	72,06	
02495619	<i>Wixela Inhub</i>	Mylan	60 dose(s) ➡	72,06	

SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE)

Co.

100 mg

02350580	<i>Kuvan</i>	Biomarin	120	3960,00	33,0000

SARILUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

200 mg/1,14 mL

02460548	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	2	1400,00	700,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo)

150 mg/1,14 mL

02472961	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	2	1400,00	700,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo)

200 mg/1,14 mL

02472988	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	2	1400,00	700,0000

SATRALIZUMAB

Sol. Inj. S.C.

120 mg/mL

02499681	<i>Enspryng (seringue)</i>	Roche	1	9450,00	

SAXAGLIPTINE

Co.

2,5 mg **PPB**

02507471	<i>Apo-Saxagliptin</i>	Apotex	30	37,95	➡ 1,2650
			100	126,50	➡ 1,2650
02375842	<i>Onglyza</i>	AZC	30	69,00	2,3000
02468603	<i>Sandoz Saxagliptin</i>	Sandoz	30	37,95	➡ 1,2650

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg PPB		
02507498	<i>Apo-Saxagliptin</i>	Apotex	30	45,59	➡ 1,5195
			100	151,95	➡ 1,5195
02333554	<i>Onglyza</i>	AZC	30	69,00	2,3000
02468611	<i>Sandoz Saxagliptin</i>	Sandoz	30	45,59	➡ 1,5195
			100	151,95	➡ 1,5195

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			2,5 mg - 500 mg		
* 02389169	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	R

Co.			2,5 mg - 850 mg		
* 02389177	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	R

SÉBÉLIPASE ALFA

Sol. Perf. I.V.			2 mg/mL (10 mL)		
02469596	<i>Kanuma</i>	Alexion	10 ml	8546,00	

SÉCUKINUMAB

Sol. Inj. S.C.			150 mg/mL (1 mL)		
02547724	<i>Cosentyx (seringue)</i>	Novartis	1	772,50	772,5000
			2	1545,00	
02438070	<i>Cosentyx (stylo)</i>	Novartis	1	772,50	772,5000
			2	1545,00	

Sol. Inj. S.C.			150 mg/mL (2 mL)		
02529653	<i>Cosentyx (seringue)</i>	Novartis	1	1545,00	
02529661	<i>Cosentyx (stylo)</i>	Novartis	1	1545,00	

SELEXIPAG

Co.			200 mcg		
02451158	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.			400 mcg		
02451166	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.			600 mcg		
02451174	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.			800 mcg		
02451182	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.				1000 mcg	
02451190	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.				1200 mcg	
02451204	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.				1400 mcg	
02451212	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.				1600 mcg	
02451220	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

SÉLINEXOR

Co.				20 mg	
02527677	<i>Xpovio</i>	Forus	20	11000,00	550,0000

SELPERCATINIB

Caps.				40 mg	
02516918	<i>Retevmo</i>	Lilly	60	3990,00	66,5000

Caps.				80 mg	
02516926	<i>Retevmo</i>	Lilly	60	7980,00	133,0000

SÉLUMÉTINIB

Caps.				10 mg	
02530139	<i>Koselugo</i>	Alexion	60	7356,00	122,6000

Caps.				25 mg	
02530147	<i>Koselugo</i>	Alexion	60	18390,00	306,5000

SÉMAGLUTIDE

Co.				3 mg	
02497581	<i>Rybelsus</i>	N.Nordisk	30	208,99	6,9663

Co.				7 mg	
02497603	<i>Rybelsus</i>	N.Nordisk	30	208,99	6,9663

Co.				14 mg	
02497611	<i>Rybelsus</i>	N.Nordisk	30	208,99	6,9663

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			1,34 mg/mL (1,5 mL)		
02471477	<i>Ozempic</i>	N.Nordisk	1	195,06	

Sol. Inj. S.C.			1,34 mg/mL (3 mL)		
02471469	<i>Ozempic</i>	N.Nordisk	1	195,06	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			0,68 mg/mL (3 mL)		
02540258	<i>Ozempic</i>	N.Nordisk	1	195,06	

SÉMAGLUTIDE (GÉNÉRIQUE)

Sol. Inj. S.C.			1,34 mg/mL (1,5 mL)		
+ 02567806	<i>Sémaglutide</i>	Dr Reddy's	1	78,14	

Sol. Inj. S.C.			1,34 mg/mL (3 mL) PPB		
+ 02568012	<i>Apo-Semaglutide Injection</i>	Apotex	1	➡	78,14
+ 02567814	<i>Sémaglutide</i>	Dr Reddy's	1	➡	78,14

Sol. Inj. S.C. (stylo)			0,68 mg/mL (3 mL)		
+ 02568020	<i>Apo-Semaglutide Injection</i>	Apotex	1		78,14

SENNOSIDES A & B

Co.			8,6 mg PPB		
80103747	<i>AG-Sennosides enrobé</i>	Angita	500	23,19	➡ 0,0464
80064362	<i>Alta-Senna</i>	Altamed	1000	46,38	➡ 0,0464
80019511	<i>Bio-Sennosides</i>	Biomed	500	23,19	➡ 0,0464
02247389	<i>Euro-Senna</i>	Sandoz	1000	46,38	➡ 0,0464
80009595	<i>Jamp-Senna</i>	Jamp	100	4,64	➡ 0,0464
			500	23,19	➡ 0,0464
80009182	<i>Jamp-Sennosides Enrobé</i>	Jamp	500	23,19	➡ 0,0464
02068109	<i>Lax-A Senna</i>	Pendopharm	1000	46,38	➡ 0,0464
80079884	<i>M-Senna 8,6 mg</i>	Mantra Ph.	500	23,19	➡ 0,0464
80054498	<i>M-Sennosides 8,6 mg</i>	Mantra Ph.	500	23,19	➡ 0,0464
80120780	<i>NORA Senna</i>	Nora	1000	46,38	➡ 0,0464
80120779	<i>Nora Sennosides</i>	Nora	1000	46,38	➡ 0,0464
80038814	<i>Opus Senna</i>	Opus	1000	46,38	➡ 0,0464
80047592	<i>Opus Sennosides Enrobé</i>	Opus	500	23,19	➡ 0,0464
			1000	46,38	➡ 0,0464
00896411	<i>pms-Sennosides</i>	Phmscience	100	4,64	➡ 0,0464
			500	23,19	➡ 0,0464
80079605	<i>Riva-Senna</i>	Riva	100	4,64	➡ 0,0464
			1000	46,38	➡ 0,0464
80110688	<i>Senna</i>	Jamp	100	4,64	➡ 0,0464
			500	23,19	➡ 0,0464
80069737	<i>Sennalax</i>	Cellchem	60	2,78	➡ 0,0464
80054167	<i>Sennosides</i>	Altamed	1000	46,38	➡ 0,0464

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.		12 mg PPB			
80009183	<i>Jamp-Sennosides Enrobé</i>	Jamp	500	27,75	➡ 0,0555
00896403	<i>pms-Sennosides</i>	Phmscience	100	5,55	➡ 0,0555
			500	27,75	➡ 0,0555
80069733	<i>Sennalax Forte</i>	Cellchem	60	3,33	➡ 0,0555

SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)

Co.		800 mg PPB			
02461501	<i>Accel-Sevelamer</i>	Accel	180	227,42	➡ 1,2634
02354586	<i>Renvela</i>	SanofiAven	180	227,42	➡ 1,2634

SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)

Co.		800 mg			
02244310	<i>Renagel</i>	SanofiAven	180	277,36	1,5409

SILDÉNAFIL (CITRATE DE)

Co.		20 mg PPB			
02469669	<i>Jamp-Sildenafil R</i>	Jamp	30	88,86	➡ 2,9620
			90	266,58	➡ 2,9620
02412179	<i>pms-Sildenafil R</i>	Phmscience	90	266,58	➡ 2,9620
			100	296,20	➡ 2,9620
02279401	<i>Revatio</i>	BGP Pharma	90	962,75	10,6972
02319500	<i>Teva-Sildenafil R</i>	Teva Can	100	296,20	➡ 2,9620

SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE)

Co.		0,25 mg			
02496429	<i>Mayzent</i>	Novartis	12	267,94	22,3285
			120	2679,42	22,3285

Co.		2 mg			
02496437	<i>Mayzent</i>	Novartis	28	2500,82	89,3150

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SITAGLIPTINE

Co.

 25 mg **PPB**

02512475	<i>ACH-Sitagliptin</i>	Accord	30	24,59	➡	0,8197
02535513	<i>AG-Sitagliptin</i>	Angita	100	81,97	➡	0,8197
			1000	819,70	➡	0,8197
02428261	<i>Apo-Sitagliptin</i>	Apotex	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02508656	<i>Apo-Sitagliptin Malate</i>	Apotex	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02529866	<i>Auro-Sitagliptin</i>	AuroPharma	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02534134	<i>Jamp Sitagliptin</i>	Jamp	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02388839	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53		2,6177
02553910	<i>Mint-Sitagliptin</i>	Mint	100	81,97	➡	0,8197
02558157	<i>NAT-Sitagliptin</i>	Natco	500	409,85	➡	0,8197
02503840	<i>pms-Sitagliptin</i>	Phmscience	30	24,59	➡	0,8197
			90	73,77	➡	0,8197
02553376	<i>Pro-Sitagliptin</i>	Pro Doc	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02534290	<i>Pro-Sitagliptin Malate</i>	Pro Doc	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02545837	<i>PRZ-Sitagliptin</i>	Pharmaris	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02504049	<i>Sandoz Sitagliptin</i>	Sandoz	100	81,97	➡	0,8197
02548550	<i>Sitagliptin</i>	Sanis	100	81,97	➡	0,8197
02529033	<i>Sitagliptin</i>	Sivem	100	81,97	➡	0,8197
02531631	<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i>	Taro	90	73,77	➡	0,8197
02522705	<i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Teva Can	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			50 mg PPB		
02512483	<i>ACH-Sitagliptin</i>	Accord	30	24,59	➡ 0,8197
02535521	<i>AG-Sitagliptin</i>	Angita	100	81,97	➡ 0,8197
			1000	819,70	➡ 0,8197
02428288	<i>Apo-Sitagliptin</i>	Apotex	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197
02508664	<i>Apo-Sitagliptin Malate</i>	Apotex	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197
02529874	<i>Auro-Sitagliptin</i>	AuroPharma	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197
02534142	<i>Jamp Sitagliptin</i>	Jamp	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197
02388847	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53	➡ 2,6177
02553929	<i>Mint-Sitagliptin</i>	Mint	100	81,97	➡ 0,8197
02558165	<i>NAT-Sitagliptin</i>	Natco	500	409,85	➡ 0,8197
02503859	<i>pms-Sitagliptin</i>	Phmscience	30	24,59	➡ 0,8197
			90	73,77	➡ 0,8197
02553384	<i>Pro-Sitagliptin</i>	Pro Doc	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197
02534304	<i>Pro-Sitagliptin Malate</i>	Pro Doc	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197
02545845	<i>PRZ-Sitagliptin</i>	Pharmaris	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197
02504057	<i>Sandoz Sitagliptin</i>	Sandoz	100	81,97	➡ 0,8197
02548569	<i>Sitagliptin</i>	Sanis	100	81,97	➡ 0,8197
02529041	<i>Sitagliptin</i>	Sivem	100	81,97	➡ 0,8197
02531658	<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i>	Taro	90	73,77	➡ 0,8197
02522713	<i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Teva Can	30	24,59	➡ 0,8197
			100	81,97	➡ 0,8197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

100 mg **PPB**

02512491	<i>ACH-Sitagliptin</i>	Accord	90	73,77	➡	0,8197
02535548	<i>AG-Sitagliptin</i>	Angita	500	409,85	➡	0,8197
02428296	<i>Apo-Sitagliptin</i>	Apotex	100	81,97	➡	0,8197
			500	409,85	➡	0,8197
02508672	<i>Apo-Sitagliptin Malate</i>	Apotex	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02529882	<i>Auro-Sitagliptin</i>	AuroPharma	100	81,97	➡	0,8197
			500	409,85	➡	0,8197
02534150	<i>Jamp Sitagliptin</i>	Jamp	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02303922	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53		2,6177
			100	261,77		2,6177
02553937	<i>Mint-Sitagliptin</i>	Mint	100	81,97	➡	0,8197
			500	409,85	➡	0,8197
02543400	<i>NAT-Sitagliptin</i>	Natco	500	409,85	➡	0,8197
02503867	<i>pms-Sitagliptin</i>	Phmscience	30	24,59	➡	0,8197
			90	73,77	➡	0,8197
02553392	<i>Pro-Sitagliptin</i>	Pro Doc	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02534312	<i>Pro-Sitagliptin Malate</i>	Pro Doc	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197
02545853	<i>PRZ-Sitagliptin</i>	Pharmaris	100	81,97	➡	0,8197
02504065	<i>Sandoz Sitagliptin</i>	Sandoz	100	81,97	➡	0,8197
			500	409,85	➡	0,8197
02548577	<i>Sitagliptin</i>	Sanis	100	81,97	➡	0,8197
			500	409,85	➡	0,8197
02529068	<i>Sitagliptin</i>	Sivem	100	81,97	➡	0,8197
			500	409,85	➡	0,8197
02531666	<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i>	Taro	90	73,77	➡	0,8197
02522721	<i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Teva Can	30	24,59	➡	0,8197
			100	81,97	➡	0,8197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

 50 mg -500 mg **PPB**

02557711	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	60	26,68	➡	0,4446
02509415	Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02435772	Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02547805	Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin	AuroPharma	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02556189	JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	60	26,68	➡	0,4446
			180	80,03	➡	0,4446
02333856	Janumet	Merck	60	82,20		1,3700
02534223	Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin	Pro Doc	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02552817	Pro-Sitagliptin-Metformin	Pro Doc	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02540118	Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	60	26,68	➡	0,4446
02503956	Sandoz Sitagliptin- Metformin	Sandoz	60	26,68	➡	0,4446
			500	222,30	➡	0,4446
+ 02560445	Sitagliptin/Metformin	Sanis	60	26,68	➡	0,4446
			500	222,30	➡	0,4446
02529157	Sitagliptin-Metformin	Sivem	60	26,68	➡	0,4446
			500	222,30	➡	0,4446
02520494	Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	100	44,46	➡	0,4446
			500	222,30	➡	0,4446

Co.

 50 mg -850 mg **PPB**

02557738	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	60	26,68	➡	0,4446
02509423	Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02435780	Apo-Sitagliptin-Metformin	Apotex	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02547813	Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin	AuroPharma	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02556197	JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	60	26,68	➡	0,4446
			180	80,03	➡	0,4446
02534231	Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin	Pro Doc	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02552825	Pro-Sitagliptin-Metformin	Pro Doc	60	26,68	➡	0,4446
			100	44,46	➡	0,4446
02540126	Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	60	26,68	➡	0,4446
02503964	Sandoz Sitagliptin- Metformin	Sandoz	60	26,68	➡	0,4446
			360	160,06	➡	0,4446
+ 02560453	Sitagliptin/Metformin	Sanis	60	26,68	➡	0,4446
02529165	Sitagliptin-Metformin	Sivem	60	26,68	➡	0,4446
			360	160,06	➡	0,4446
02520508	Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	100	44,46	➡	0,4446
			500	222,30	➡	0,4446

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.

50 mg -1000 mg **PPB**

02557746	<i>AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin</i>	Angita	60	26,68	➡ 0,4446
			500	222,30	➡ 0,4446
02509431	<i>Apo-Sitagliptine Metformine</i>	Apotex	60	26,68	➡ 0,4446
			100	44,46	➡ 0,4446
02435799	<i>Apo-Sitagliptin-Metformin</i>	Apotex	60	26,68	➡ 0,4446
			500	222,30	➡ 0,4446
02547821	<i>Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride</i>	AuroPharma	60	26,68	➡ 0,4446
			100	44,46	➡ 0,4446
02556200	<i>JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin</i>	Jamp	60	26,68	➡ 0,4446
			500	222,30	➡ 0,4446
02333872	<i>Janumet</i>	Merck	60	82,20	➡ 1,3700
02534258	<i>Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin</i>	Pro Doc	60	26,68	➡ 0,4446
			500	222,30	➡ 0,4446
02552833	<i>Pro-Sitagliptin-Metformin</i>	Pro Doc	60	26,68	➡ 0,4446
			500	222,30	➡ 0,4446
02540134	<i>Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride</i>	Dr Reddy's	60	26,68	➡ 0,4446
02503972	<i>Sandoz Sitagliptin- Metformin</i>	Sandoz	60	26,68	➡ 0,4446
			360	160,06	➡ 0,4446
+ 02560461	<i>Sitagliptin/Metformin</i>	Sanis	60	26,68	➡ 0,4446
			360	160,06	➡ 0,4446
02529173	<i>Sitagliptin-Metformin</i>	Sivem	60	26,68	➡ 0,4446
			360	160,06	➡ 0,4446
02520516	<i>Teva-Sitagliptin malate / Metformin</i>	Teva Can	100	44,46	➡ 0,4446
			500	222,30	➡ 0,4446

Co. L.A.

50 mg -500 mg **PPB**

02506270	<i>Apo-Sitagliptin/Metformin XR</i>	Apotex	60	41,10	➡ 0,6850
02416786	<i>Janumet XR</i>	Merck	60	82,20	➡ 1,3700
02529106	<i>Sandoz Sitagliptin- Metformin XR</i>	Sandoz	60	41,10	➡ 0,6850

Co. L.A.

50 mg -1000 mg **PPB**

02506289	<i>Apo-Sitagliptin/Metformin XR</i>	Apotex	60	41,10	➡ 0,6850
			100	68,50	➡ 0,6850
02416794	<i>Janumet XR</i>	Merck	60	82,20	➡ 1,3700
02529114	<i>Sandoz Sitagliptin- Metformin XR</i>	Sandoz	60	41,10	➡ 0,6850

Co. L.A.

100 mg-1000 mg **PPB**

02506297	<i>Apo-Sitagliptin/Metformin XR</i>	Apotex	30	41,10	➡ 1,3700
			100	137,00	➡ 1,3700
02416808	<i>Janumet XR</i>	Merck	30	82,20	➡ 2,7400
02529122	<i>Sandoz Sitagliptin- Metformin XR</i>	Sandoz	30	41,10	➡ 1,3700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SOFOSBUVIR

Co.

				400 mg	
02418355	<i>Sovaldi</i>	Gilead	28	18333,33	654,7618

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR

Co.

				400 mg -100 mg	
02456370	<i>Epclusa</i>	Gilead	28	20000,00	714,2857

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPRÉVIR

Co.

				400 mg -100 mg -100 mg	
02467542	<i>Vosevi</i>	Gilead	28	20000,00	714,2857

SOMATOTROPHINE

Cartouche

				5 mg	
02325063	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	1	139,50	
			5	697,50	139,5000

Cartouche

				6 mg	
02350122	<i>Saizen</i>	Serono	1	261,00	

Cartouche

				10 mg	
02325071	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	1	279,00	
			5	1395,00	279,0000

Cartouche

				12 mg	
02350130	<i>Saizen</i>	Serono	1	334,80	

Cartouche

				15 mg	
02459647	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	1	418,50	
			5	2092,50	418,5000

Cartouche

				20 mg	
02350149	<i>Saizen</i>	Serono	1	778,88	

Pd. Inj.

				5 mg	
02237971	<i>Saizen</i>	Serono	1	139,50	

Sol. Inj. S.C. (ser)

				0,6 mg	
02401762	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	117,18	16,7400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)				0,8 mg	
02401770	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	156,24	22,3200
Sol. Inj. S.C. (ser)				1 mg	
02401789	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	195,30	27,9000
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,2 mg	
02401797	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	234,36	33,4800
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,4 mg	
02401800	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	273,42	39,0600
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,6 mg	
02401819	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	312,48	44,6400
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,8 mg	
02401827	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	351,54	50,2200
Sol. Inj. S.C. (ser)				2 mg	
02401835	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	390,60	55,8000
Sty				5,3 mg	
02401703	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	5	739,35	147,8700
Sty				12 mg	
02401711	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	5	1674,00	334,8000
SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER 					
Sol. Inj. S.C. (stylo)				5 mg/1,5 mL	
02529181	<i>Norditropin FlexPro</i>	N.Nordisk	1	139,50	
02334852	<i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk	1	139,50	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				10 mg/1,5 mL	
02529203	<i>Norditropin FlexPro</i>	N.Nordisk	1	279,00	
02334860	<i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk	1	279,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				15 mg/1,5 mL	
02529211	<i>Norditropin FlexPro</i>	N.Nordisk	1	418,50	
02334879	<i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk	1	418,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE

Cartouche

				6 mg	
99101243	Saizen	Serono	1	261,00	

Cartouche

				12 mg	
99101245	Saizen	Serono	1	334,80	

Cartouche

				20 mg	
99101246	Saizen	Serono	1	778,88	

Pd. Inj.

				5 mg	
99101244	Saizen	Serono	1	139,50	

SORAFENIB (TOSYLATE DE)

Co.

				200 mg	
02284227	Nexavar	Bayer	112	5152,99	46,0088

SOTATERCEPT

Pd. Inj. S.C.

				45 mg	
02551284	Winrevair	Merck	1	8717,15	

Pd. Inj. S.C.

				60 mg	
02551292	Winrevair	Merck	1	11622,87	

Trousse

				45 mg	
02551306	Winrevair (1 ou 2 flacons)	Merck	1 2	8717,15 17434,30	

Trousse

				60 mg	
02551314	Winrevair (1 ou 2 flacons)	Merck	1 2	11622,87 23245,73	

STIRIPENTOL

Caps.

				250 mg	
02398958	Diacomit	Biocodex	60	371,60	6,1933

Caps.

				500 mg	
02398966	Diacomit	Biocodex	60	742,03	12,3672

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Pd. Orale

250 mg/sachet

02398974	<i>Diacomit</i>	Biocodex	60	371,60	6,1933

SUNITINIB (MALATE DE)

Caps.

12,5 mg **PPB**

02532190	<i>Auro-Sunitinib</i>	AuroPharma	28	455,87	➡	16,2810
02552892	<i>NAT-Sunitinib</i>	Natco	28	455,87	➡	16,2810
02532840	<i>Sandoz Sunitinib</i>	Sandoz	28	455,87	➡	16,2810
02280795	<i>Sutent</i>	Pfizer	28	1768,27		63,1525
02524058	<i>Taro-Sunitinib</i>	Taro	28	455,87	➡	16,2810
			30	488,43	➡	16,2810
02526204	<i>Teva-Sunitinib</i>	Teva Can	28	455,87	➡	16,2810

Caps.

25 mg **PPB**

02532204	<i>Auro-Sunitinib</i>	AuroPharma	28	911,73	➡	32,5618
02552906	<i>NAT-Sunitinib</i>	Natco	28	911,73	➡	32,5618
02532867	<i>Sandoz Sunitinib</i>	Sandoz	28	911,73	➡	32,5618
02280809	<i>Sutent</i>	Pfizer	28	3536,52		126,3043
02524066	<i>Taro-Sunitinib</i>	Taro	28	911,73	➡	32,5618
			30	976,85	➡	32,5618
02526212	<i>Teva-Sunitinib</i>	Teva Can	28	911,73	➡	32,5618

Caps.

50 mg **PPB**

02532220	<i>Auro-Sunitinib</i>	AuroPharma	28	1823,47	➡	65,1238
02539284	<i>NAT-Sunitinib</i>	Natco	28	1823,47	➡	65,1238
02532883	<i>Sandoz Sunitinib</i>	Sandoz	28	1823,47	➡	65,1238
02280817	<i>Sutent</i>	Pfizer	28	7073,05		252,6089
02524082	<i>Taro-Sunitinib</i>	Taro	28	1823,47	➡	65,1238
			30	1953,71	➡	65,1238
02526220	<i>Teva-Sunitinib</i>	Teva Can	28	1823,47	➡	65,1238

TACROLIMUS

Pom. Top.

0,03 %

02244149	<i>Protopic</i>	Leo	60 g	129,00		2,1500

Pom. Top.

0,1 %

02244148	<i>Protopic</i>	Leo	60 g	138,00		2,3000

TADALAFIL

Co.

20 mg **PPB**

* 02338327	<i>Adcirca</i>	Lilly	56	680,81		R
02421933	<i>Apo-Tadalafil PAH</i>	Apotex	60	607,37	➡	10,1228

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TAFAMIDIS

Caps.

				61 mg	
02517841	Vyndamax	Pfizer	30	16028,40	534,2800

TAFAMIDIS MÉGLUMINE

Caps.

				20 mg	
02495732	Vyndaqel	Pfizer	120	16028,40	133,5700

TAZAROTÈNE

Lot.

				0,045%	
02517868	Arazlo	Bausch H.	45 g	63,23	

TEPOTINIB (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				225 mg	
02516322	Tepmetko	Serono	60	9237,60	153,9600

TÉRIFLUNOMIDE

Co.

				14 mg	PPB	
02500639	Apo-Teriflunomide	Apotex	28	418,04	➡	14,9300
02504170	Jamp Teriflunomide	Jamp	28	418,04	➡	14,9300
02500469	Mar-Teriflunomide	Marcan	28	418,04	➡	14,9300
02523833	M-Teriflunomide	Mantra Ph.	30	447,90	➡	14,9300
02500310	NAT-Teriflunomide	Natco	28	418,04	➡	14,9300
02500434	pms-Teriflunomide	Phmscience	30	447,90	➡	14,9300
02505843	Sandoz Teriflunomide	Sandoz	28	418,04	➡	14,9300
02501090	Teva-Teriflunomide	Teva Can	28	418,04	➡	14,9300
			30	447,90	➡	14,9300

TÉRIPARATIDE

Sol. Inj. S.C.

				250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)	PPB	
02498804	Apo-Tériparatide injectable	Apotex	1	➡	565,26	
02486423	Teva-Tériparatide injectable	Teva Can	1	➡	565,26	

TÉRIPARATIDE (BIOSIMILAIRE)

Sol. Inj. S.C.

				250 mcg/mL (2,4 mL)		
02495589	Osnuvo	Avir	1	565,26		

TÉZÉPÉLUMAB

Sol. Inj. S.C.

				110 mg/mL (1,91 mL)		
02529548	Tezspire (seringue)	AZC	1	1938,46		
02529556	Tezspire (stylo)	AZC	1	1938,46		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

THALIDOMIDE

Caps.

				50 mg	
02355191	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	825,13	29,4689

Caps.

				100 mg	
02355205	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	1650,26	58,9379

TICAGRÉLOR

Co.

				90 mg	PPB	
02537192	<i>AG-Ticagrelor</i>	Angita	60	23,76	➡	0,3960
02482630	<i>Apo-Ticagrelor</i>	Apotex	60	23,76	➡	0,3960
			180	71,28	➡	0,3960
02368544	<i>Brilinta</i>	AZC	60	88,80		1,4800
02531801	<i>JAMP Ticagrelor</i>	Jamp	60	23,76	➡	0,3960
02529769	<i>M-Ticagrelor</i>	Mantra Ph.	60	23,76	➡	0,3960
02492598	<i>Taro-Ticagrelor</i>	Taro	60	23,76	➡	0,3960

TIGÉCYCLINE

Pd. Perf. I.V.

				50 mg	PPB	
02409356	<i>Tigecycline</i>	Apotex	10	714,23	➡	71,4225
02285401	<i>Tygacil</i>	Pfizer	10	802,50		80,2500

TILDRAKIZUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

				100 mg/mL (1 mL)	
02516098	<i>Ilumya</i>	Sun Pharma	1	4935,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

				100 mg/mL (1 mL)	
02558904	<i>Ilumya</i>	Sun Pharma	1	4935,00	

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				4 mg	PPB	
02536765	<i>Mint-Tizanidine</i>	Mint	100	36,86	➡	0,3686
02259893	<i>Tizanidine</i>	Apotex	100	36,86	➡	0,3686

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.

				28 mg	
02365154	<i>Tobi Podhaler</i>	BGP Pharma	224	2880,36	

Sol. pour Inh.

				300 mg/5 mL	PPB	
02389622	<i>Teva-Tobramycin</i>	Teva Can	56	1533,36	➡	27,3814
02239630	<i>Tobi</i>	BGP Pharma	56	2880,36		51,4350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TOCILIZUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

162 mg/0,9 mL

+ 02562057	<i>Avtozma</i>	Celltrion	1	244,95	
			4	979,81	244,9525
02552493	<i>Tyenne</i>	Fresenius	4	979,81	244,9525

Sol. Inj. S.C. (stylo)

162 mg/0,9 mL

+ 02562065	<i>Avtozma</i>	Celltrion	1	242,29	
			4	969,15	242,2875
02552485	<i>Tyenne</i>	Fresenius	4	969,15	242,2875

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (4 mL)

+ 02562022	<i>Avtozma</i>	Celltrion	1	124,76	
			4	499,04	124,7610
02552450	<i>Tyenne</i>	Fresenius	1	124,76	

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (10 mL)

+ 02562030	<i>Avtozma</i>	Celltrion	1	311,90	
			4	1247,61	311,9025
02552469	<i>Tyenne</i>	Fresenius	1	311,90	

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (20 mL)

+ 02562049	<i>Avtozma</i>	Celltrion	1	623,81	
			4	2495,22	623,8050
02552477	<i>Tyenne</i>	Fresenius	1	623,81	

TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA) ⁵

Caps.

100 UI

99002396			100		

Caps.

200 UI

99002418			100		

Caps.

400 UI

99002426			100		

Co. Croq.

200 UI

99100202			90		

Sol. Orale

50 UI/mL

99002469			25 ml		

⁵ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**TOFACITINIB (CITRATE DE) **

Co.

 5 mg **PPB**

02530007	<i>Auro-Tofacitinib</i>	AuroPharma	60	359,38	➡ 5,9897
02522896	<i>JAMP Tofacitinib</i>	Jamp	60	359,38	➡ 5,9897
02522799	<i>pms-Tofacitinib</i>	Phmscience	60	359,38	➡ 5,9897
02551691	<i>Sandoz Tofacitinib</i>	Sandoz	60	359,38	➡ 5,9897
02511304	<i>Taro-Tofacitinib</i>	Taro	60	359,38	➡ 5,9897
			180	1078,14	➡ 5,9897
02423898	<i>Xeljanz</i>	Pfizer	60	1385,79	23,0965

Co.

 10 mg **PPB**

02530015	<i>Auro-Tofacitinib</i>	AuroPharma	60	635,15	➡ 10,5859
02551705	<i>Sandoz Tofacitinib</i>	Sandoz	60	635,15	➡ 10,5859
02511312	<i>Taro-Tofacitinib</i>	Taro	60	635,15	➡ 10,5859
02480786	<i>Xeljanz</i>	Pfizer	60	2540,62	42,3436

Co. L.A.

 11 mg **PPB**

02553988	<i>Taro-Tofacitinib XR</i>	Taro	30	817,52	➡ 27,2507
02470608	<i>Xeljanz XR</i>	Pfizer	30	1385,79	46,1930

**TRAMÉTINIB **

Co.

0,5 mg

02409623	<i>Mekinist</i>	Novartis	30	2175,00	72,5000

Co.

2 mg

02409658	<i>Mekinist</i>	Novartis	30	8700,00	290,0000

**TREPROSTINIL SODIQUE **

Sol. Inj.

1 mg/mL

02246552	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	900,00	

Sol. Inj.

2,5 mg/mL

02246553	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	2250,00	

Sol. Inj.

5 mg/mL

02246554	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	4500,00	

Sol. Inj.

10 mg/mL

02246555	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	9000,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TRÉTINOÏNE

Cr. Top.			0,05 %		
00443794	<i>Retin-A</i>	Bausch H.	30 g	10,36	0,3453

Gel Top.			0,01 %		
01926462	<i>Vitamin A Acid Gel Doux</i>	Bausch H.	25 g	7,41	0,2964

TRIENTINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.			250 mg PPB		
02504855	<i>Mar-Trientine</i>	Marcan	100	2000,00 ➡	20,0000
02515067	<i>Waymade-Trientine</i>	Waymade	100	2000,00 ➡	20,0000

TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.			15 mg - 6,14 mg		
02472104	<i>Lonsurf</i>	Taiho	20	1525,00	76,2500

Co.			20 mg - 8,19 mg		
02472112	<i>Lonsurf</i>	Taiho	20	1525,00	76,2500

TRIEPTANOÏNE

Liq.			100 %		
02512556	<i>Dojolvi</i>	Ultragenyx	500 ml	6365,00	12,7300

TROSPIMUM (CHLORURE DE)

Co.			20 mg PPB		
02506661	<i>JAMP Trosipium</i>	Jamp	60	24,43 ➡	0,4072
02488353	<i>Mar-Trosipium</i>	Marcan	60	24,43 ➡	0,4072

UPADACITINIB

Co. L.A.			15 mg		
02495155	<i>Rinvoq</i>	AbbVie	30	1385,70	46,1900

Co. L.A.			30 mg		
02520893	<i>Rinvoq</i>	AbbVie	30	2220,00	74,0000

Co. L.A.			45 mg		
02539721	<i>Rinvoq</i>	AbbVie	28	2850,68	101,8100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN) **

Sol. Inj. S.C.		45 mg/0,5 mL			
99114452	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114512	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114313	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
99114529	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	

Sol. Inj. S.C. (ser)		45 mg/0,5 mL			
99114454	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114515	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
99114386	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114312	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
99114531	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	

Sol. Inj. S.C. (ser)		90 mg/1 mL			
99114456	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114502	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
99114387	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114314	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
99114532	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	

Sol. Inj. S.C. (stylo)		45 mg/0,5 mL			
99114443	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	

Sol. Inj. S.C. (stylo)		90 mg/1 mL			
99114444	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	

Sol. Perf. I.V.		5 mg/mL (26 mL)			
02553120	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	1248,00	
99114503	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	1248,00	
02550261	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	1248,00	
02544210	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	1248,00	
99114533	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	1248,00	

**USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ENFANTS) **

Sol. Inj. S.C.		45 mg/0,5 mL			
99114453	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114511	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114447	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	

Sol. Inj. S.C. (ser)		45 mg/0,5 mL			
99114455	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114513	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114450	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/1 mL	
99114457	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114514	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114448	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				45 mg/0,5 mL	
99114445	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				90 mg/1 mL	
99114446	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE) 					
Sol. Inj. S.C.				45 mg/0,5 mL	
02558270	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
02544202	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
02562081	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser)				45 mg/0,5 mL	
02543036	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
02554283	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
02550245	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
02544180	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
99114530	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/1 mL	
02543044	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
02554291	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
02550253	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
02544199	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
02562103	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				45 mg/0,5 mL	
02553317	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				90 mg/1 mL	
02553309	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Perf. I.V.				5 mg/mL (26 mL)	
02554305	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	1248,00	
02562111	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	1248,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VEDOLIZUMAB

Pd. Perf. I.V.

				300 mg	
02436841	Entyvio	Takeda	1	3290,00	

Sol. Inj. S.C.

				108 mg/0,68 mL	
02497875	Entyvio (seringue)	Takeda	1	822,50	
			2	1645,00	822,5000
02497867	Entyvio (stylo)	Takeda	1	822,50	
			2	1645,00	822,5000

VÉMURAFÉNIB

Co.

				240 mg	
02380242	Zelboraf	Roche	56	1911,59	34,1355

VÉNÉTOCLAX

Co.

				10 mg	
02458039	Venclexta	AbbVie	2	13,60	6,8000

Co.

				50 mg	
02458047	Venclexta	AbbVie	1	33,99	

Co.

				100 mg	
02458055	Venclexta	AbbVie	1	67,99	
			120	8158,50	67,9875

Trousse (orale solide)

				10 mg (14 Co.), 50 mg (7 Co.) et 100 mg (21 Co.)	
02458063	Venclexta	AbbVie	1	1760,88	

VÉRICIGUAT

Co.

				2,5 mg	
02537044	Verquvo	Bayer	14	67,62	4,8300

Co.

				5 mg	
02537052	Verquvo	Bayer	14	67,62	4,8300

Co.

				10 mg	
02537060	Verquvo	Bayer	28	135,24	4,8300

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VERTÉPORFINE

Pd. Inj. I.V.

				15 mg	
02242367	Visudyne	Cheplaphar	1	1703,10	

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)

Pd. pour Inh. (App.)

25 mcg - 62,5 mcg - 100 mcg/dose

02474522	Trelegy Ellipta	GSK	30 dose(s)	132,20	

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)

Pd. pour Inh.

25 mcg - 100 mcg/dose

02408872	Breo Ellipta	GSK	30 dose(s)	82,20	

Pd. pour Inh.

25 mcg -200 mcg/dose

02444186	Breo Ellipta	GSK	30 dose(s)	116,90	

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')

Pd. pour Inh. (App.)

25 mcg - 62,5 mcg/dose

* 02418401	Anoro Ellipta	GSK	30 dose(s)	63,00	

VISMODEGIB

Caps.

150 mg

02409267	Erivedge	Roche	28	8238,26	294,2236

VORASIDENIB

Co.

10 mg

02551225	Voranigo	Servier	30	11975,00	399,1667

Co.

40 mg

02551233	Voranigo	Servier	30	23950,00	798,3333

VORICONAZOLE

Co.

 50 mg **PPB**

02525771	Jamp Voriconazole	Jamp	30	203,45	➡ 6,7818
02399245	Sandoz Voriconazole	Sandoz	30	203,45	➡ 6,7818
02256460	Vfend	Pfizer	30	370,53	12,3510

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

Co.			200 mg PPB		
02525798	<i>Jamp Voriconazole</i>	Jamp	30	794,42	➡ 26,4807
02399253	<i>Sandoz Voriconazole</i>	Sandoz	30	794,42	➡ 26,4807
02256479	<i>Vfend</i>	Pfizer	30	1481,49	49,3830

Pd. Perf. I.V.			200 mg PPB		
02256487	<i>Vfend</i>	Pfizer	1	145,55	
02477696	<i>Voriconazole pour injection</i>	Jamp	1	➡ 136,58	

VUTRISIRAN

Sol. Inj. S.C. (ser)			50 mg/mL (0,5 mL)		
02542420	<i>Amvuttra</i>	Alnylam	1	143041,00	

ZANUBRUTINIB

Caps.			80 mg		
02512963	<i>Brkinsa</i>	BeOne med	120	8158,00	67,9833

Co.			160 mg		
02554267	<i>Brkinsa</i>	BeOne med	60	8158,00	135,9666

ZILUCOPLAN

Sol. Inj. S.C. (ser)			40 mg /mL (0,416 mL)		
02549220	<i>Zilbrysq</i>	U.C.B.	7	4551,90	650,2718

Sol. Inj. S.C. (ser)			40 mg /mL (0,574 mL)		
02549239	<i>Zilbrysq</i>	U.C.B.	7	6306,85	900,9790

Sol. Inj. S.C. (ser)			40 mg /mL (0,810 mL)		
02549247	<i>Zilbrysq</i>	U.C.B.	7	8884,44	1269,2052

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

**ZOLÉDRONIQUE (ACIDE) **

Sol. Perf. I.V.

 4 mg/5 mL **PPB**

02422425	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Dr Reddy's	5 ml	➡	134,61	R
02434458	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Fresenius	5 ml	➡	134,61	
02444739	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Juno	5 ml	➡	134,61	
02472805	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Marcan	5 ml	➡	134,61	
02415186	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Taro	5 ml	➡	134,61	
* 02407639	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Teva Can	5 ml		134,61	
02401606	<i>Acide zolédronique-Z</i>	Sandoz	5 ml	➡	134,61	
02482525	<i>Jamp-Zoledronic Acid</i>	Jamp	5 ml	➡	134,61	
02248296	<i>Zometa</i>	Novartis	5 ml		538,45	

Sol. Perf. I.V.

 5 mg/ 100 mL **PPB**

02422433	<i>Acide zolédronique injectable</i>	Dr Reddy's	1	➡	335,40	
02269198	<i>Aclasta</i>	Sandoz	1		668,60	

FOURNITURES

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

FOURNITURES ⁶

AIGUILLE JETABLE AVEC DISPOSITIF DE SÉCURITÉ POUR AUTO-INJECTEUR D'INSULINE ⁹

99100517			1		

AIGUILLE JETABLE POUR AUTO-INJECTEUR

99002108			1		

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES DE MÉTHOTREXATE

99101194			1		

CHAMBRE D'ESPACEMENT ²⁸

99002116			1		

CHAMBRE D'ESPACEMENT ET MASQUE ²⁹

99002124			1		

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT EN SITUATION D'URGENCE ²³

99113729			1		

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN ²³

99113726			1		

⁶ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

⁹ Le remboursement de ce type de fourniture est permis pour les personnes porteuses d'une infection transmissible par le sang.

²⁸ Si cette fourniture est utilisée dans le cadre du Service d'intervention d'urgence, veuillez utiliser le code de facturation : 99114329.

²⁹ Si cette fourniture est utilisée dans le cadre du Service d'intervention d'urgence, veuillez utiliser le code de facturation : 99114330.

²³ Prix maximal remboursable : 0,50. Aucun excédent ne peut être réclamé à la personne assurée, même si le prix d'acquisition excède ce prix maximal remboursable.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

HÉPARINE SODIQUE

Sol. rinçage (ser.)			10 U/mL (3 et 5 mL)		
99113757	BD Posiflush héparine	B-D	3 ml 5 ml	0,68 0,67	

Sol. rinçage (ser.)			100 U/mL (3 et 5 mL)		
99113759	BD Posiflush héparine	B-D	3 ml 5 ml	0,69 0,70	

MASQUE POUR CHAMBRE D'ESPACEMENT

99003643			1		

PAILLES DE PRÉLÈVEMENT ENFIT

Paille			> 2 mm de diamètre		
99114343			1		

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE POUR INSULINE

99002132			1	0,25 cc	

99002140			1	0,3 cc	

99002159			1	0,5 cc	

99002167			1	1,0 cc	

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE RÉTRACTABLE ¹³

99101335			1	3 cc	

SERINGUE ET AIGUILLE(S) JETABLES

99002345			1	1,0 cc	

¹³ Les seringues et aiguilles rétractables sont remboursables uniquement lorsque facturées pour l'administration du naloxone (chlorhydrate de).

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99002558			1	2,0 cc	
99002205			1	3 cc	
99002213			1	5 cc	
99002221			1	10 cc	
SERINGUE JETABLE (SANS AIGUILLE)					
99002337			1	1,0 cc	
99002531			1	2,0 cc	
99002175			1	3 cc	
99002183			1	5 cc	
99002191			1	10 cc	
99100668			1	20 cc	
99100669			1	30 cc à 50 cc	
SERINGUES NON STÉRILES ENFIT					
Seringue				1 mL	
99114344			1		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue					
99114345			1	3 mL	
Seringue					
99114346			1	6 mL	
Seringue					
99114347			1	12 mL	
Seringue					
99114348			1	35 mL	
Seringue					
99114349			1	60 mL	
SODIUM (CHLORURE DE)					
Sol. de rinçage					
0,9 % PPB					
99100499	<i>BD Saline SP NaCl 0.9 %</i>	B-D	3 ml	0,90	
			5 ml	0,95	
			10 ml	1,00	
99100894	<i>Chlorure de Sodium</i>	MedXL	3 ml	➡ 0,85	
			5 ml	➡ 0,90	
			10 ml	➡ 0,95	

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL ⁶

AMPHOTÉRICINE B

Pd. Inj.

50 mg

99100416			20 ml		

CLOMIFÈNE (CITRATE DE)

Pd.

99113918			1 g		

CYCLOPHOSPHAMIDE

Pd. Inj. I.V.

99114555			1 g		

CYCLOSPORINE

Sol. Inj.

99100387			1		

CYSTÉAMINE

Pd.

99113753			1 g		

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)

Pd.

99114475			1 g		

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Liq. oral

99113920			1 ml		

ÉRYTHROMYCINE

Pd. (usage externe)

99100163			2 g		

GABAPENTINE

Pd.

99100435			1 g		

⁶ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

GOUDRON MINÉRAL

00897361			25 g		

GOUDRON VÉGÉTAL

00908169			100 ml		

HYDROCORTISONE

00900761			5 g		

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

00906689			10 g		

HYDROXYURÉE

Pd.

99100776			1 g		

LIQUOR CARBONIS DETERGENS

00903256			500 ml		

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)

00907561	<i>Méthadone</i>		1	1 g à 100 g	

MÉTRONIDAZOLE

Pd.

99100428			1 g		

MITOMYCINE

Pd. Inj.

99004518			1		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

NIFÉDIPINE

Pd.

99113740			1 g		

PREDNISONNE

Pd.

99114476			1 g		

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj.

100 mg/mL

99114478			1 ml		

SALICYLIQUE (ACIDE)

00901164			50 g		

SODIUM (BENZOATE DE) - INGRÉDIENT ACTIF

Pd.

99101236			100 g		

SOUFRE (COLLOÏDAL)

00901725			50 g		

SOUFRE (PRÉCIPITÉ)

00901733			500 g		

SOUFRE (SUBLIMÉ)

00896217			125 g		

SULFAMÉTHOXAZOLE

Pd.

99114571			1 g		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

TRIMÉTHOPRIME

Pd.

99114572			1 g		

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE)

Pd.

99100176			1 g		

VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS ⁶

ACIDE CITRIQUE

Pd.

99001500			50 g		

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES

99005077			100		

APPLICATEUR VAGINAL

99114269			1		

BASES/ ÉMULSIONS ²²

99101014			1		

BICARBONATE DE SODIUM

Pd.

99100058			100 g		

Sol. Inj.

8,4 %

99114549			1 ml		

BOUCHON SERINGUE STÉRILE

99100673			25		

BOUTEILLE POUR LAVEMENT

99114270			1		

CANULE RECTALE

99114271			1		

⁶ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

²² La quantité et le prix réel d'acquisition doivent être indiqués en grammes ou en millilitres selon le produit utilisé.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

00897175			100 g		

CASSETTE OU SAC POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION

99002248			1		

CELLULOSE MICROCRISTALLINE

Pd.

99113917			1 g		

CHLOROFORME

99002752			100 ml		

CITRATE DE SODIUM

Sol.

4 g/100 mL

99114309			1 ml		

DEXTROSE

Sol. Inj.

5 %

99002256			500 ml 1000 ml		

DEXTROSE (MINI-SACS)

Sol. Inj.

5 %

00921289			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml		

EAU DISTILLÉE

00906719			4550 ml		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

EAU POUR INJECTION (INHALOTHÉRAPIE)

00905178			2 ml 10 ml 30 ml 50 ml		
00905186			5 ml		

EAU POUR INJECTION/ ALCOOL BENZYLIQUE 0.9%

00906077			30 ml		

EAU POUR INJECTION/ ALCOOL BENZYLIQUE 1.5%

00402257			30 ml 50 ml		

EAU POUR INJECTION/ PARABÈNES

00905445			30 ml		

EAU PURIFIÉE (DISTILLÉE, DÉMINÉRALISÉE OU AUTRES)

99101431			1 ml		

EAU STÉRILE INHALOTHÉRAPIE

00920282			3 ml 5 ml		

EAU STÉRILE POUR INJECTION

99100407			250 ml 500 ml 1000 ml 2000 ml		

EAU STÉRILE POUR INJECTION (PETITS VOLUMES)

99002264			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

EAU STÉRILE POUR IRRIGATION

99101432			1 ml		

ÉDULCORANTS (SAVEURS VARIÉES)

99002353			500 ml		

ÉTHANOL

Liq.				95 %	
99002388			750 ml		

GÉLATINE (CAPSULE VIDE)

Caps.					
99001519			1		

GLYCÉRINE ⁵

00903159			100 ml		

GLYCINE/ SODIUM (CHLORURE DE)

				94 mg -73,3 mg	
02443651	Flolan (diluant pour)	GSK	50 ml	10,36	

GOMME XANTHINE

99002760			100 g		

HUILE D'AMANDE DOUCE

00907448			100 ml		

HUILE MINÉRALE

00906654			500 ml		

⁵ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

LACTOSE

00900834			500 g		

LANOLINE (HYDRATÉE)

00902659			450 g		

LARMES ARTIFICIELLES

Sol. Oph.

00921270			15 ml		

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj.

99101013			1	1 % (2 mL à 5 mL)	

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D') SIMÉTHICONE

Susp. Orale

99100243			1 ml		

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE)

Susp. Orale

99003376			1 ml		

MÉTHYLCELLULOSE

00902365			100 g		

Pd.

99001527			500 g	1 500 cps	

PARAFFINE MOLLE (BLANCHE)

00902691			450 g		

PARAFFINE MOLLE (JAUNE)

00902683			454 g		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (INTERMITTENT)

99002272			1		

PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (LONGUE DURÉE)

99002280			1		

POLYSORBATE 80

Liq.

99114548			1 ml		

PROPYLÈNEGLYCOL

00903353			500 ml		

SAC VIDE POUR SOLUTE

Sac

99002299			1		

SERINGUE POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION

99002302			1		

SIROP SIMPLE

00905038			500 ml		

SODIUM (BENZOATE DE) - ADJUVANT

Pd.

99001535			100 g		

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. Inj.

99002310			500 ml 1000 ml	0,9 %	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE

SODIUM (CHLORURE DE) (MINI-SAC)

Sol. Inj.

0,9 %

00921300			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) (PETITS VOLUMES)

Sol. Inj.

0,9 %

99002329			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) INHALOTHÉRAPIE

0,9 %

99101482			3 ml		

SODIUM (CITRATE DE, ANHYDRE)

99002779			100 g		

SORBITOL

99000555			100 g		

TRAGACANTHE

Pd.

99002361			100 g		

VÉHICULE HUILEUX

99101192			500 ml		

VÉHICULES POUR SUSPENSION ORALE

Susp. Orale

250 ml à 473 ml

99101222			1 ml		