



# LISTE DES MÉDICAMENTS

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024

ISSN 1913-2786  
ISBN 978-2-550-99001-7 (PDF)

Québec, le 10 décembre 2024

---

## Annexe 1

### Liste des médicaments 12 décembre 2024

---

#### Table des matières

1. DÉTERMINATION DU PRIX D'UN MÉDICAMENT .....	3
2. MÉDICAMENT BIOLOGIQUE .....	6
3. MÉDICAMENT MAGISTRAL.....	8
4. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION .....	9
5. FOURNITURES.....	12
6. PRÉSENTATION DES CAS, DES CONDITIONS ET DES CIRCONSTANCES DANS LESQUELS LE COÛT DE TOUT AUTRE MÉDICAMENT EST COUVERT PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL, À L'EXCEPTION DES MÉDICAMENTS OU DES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS CI-APRÈS INDIQUÉS .....	12
7. CAS D'EXCEPTION À L'EXCLUSION TEMPORAIRE D'UN MÉDICAMENT DES GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS .....	15
8. MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP) .....	15
9. NOMBRE MAXIMAL DE RÉACTIFS QUANTITATIFS DU GLUCOSE DANS LE SANG (BANDELETTES) .....	16
10. TRAITEMENT DE LA MALADIE À CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) .....	18

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 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 *Liste des médicaments*

ANNEXE V : Liste des médicaments 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 s.n.a.
- 20:00     Médicaments du sang
- 24:00     Cardio-vasculaires
- 28:00     Médicaments s.n.c.
- 36:00     Agents diagnostiques
- 40:00     Électrolytes-diurétiques
- 48:00     Antitussifs, expectorants et agents mucolytiques
- 52:00     O.R.L.O.
- 56:00     Gastro-intestinaux
- 64:00     Antidotes des métaux lourds
- 68:00     Hormones et substituts
- 84:00     Peau et muqueuses
- 86:00     Spasmolytiques
- 88:00     Vitamines
- 92:00     Autres médicaments
- Médicaments d'exception
- Fournitures
- Liste des produits pour médicament magistral
- Véhicules, solvants ou adjuvants

## **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 édictées par l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments.

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.

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 des médicaments* en vigueur au moment de l'exécution de l'ordonnance en tenant compte de la source d'approvisionnement et du format.

Par ailleurs, le prix coûtant du pharmacien est le prix payable lorsque le nom du fabricant n'est pas indiqué à la *Liste*. C'est le cas notamment pour les produits jugés uniques et essentiels, ceux inscrits sans marque de commerce ni nom de fabricant et certains inscrits dans les sections intitulées « Produits pour médicament magistral », « Véhicules, solvants ou adjuvants » et « Fournitures ».

### **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 :

- 1° de ne pas substituer un médicament de même dénomination commune à un médicament innovateur qu'il prescrit;
- 2° la raison, parmi les suivantes, pour laquelle il ne doit pas y avoir substitution, en utilisant à cet effet le code fourni par la Régie qui correspond à cette raison;
  - le patient souffre d'une allergie ou d'une intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans la composition du médicament de même dénomination commune le moins coûteux, mais absent de celle du médicament innovateur;
  - le médicament prescrit est un médicament innovateur dont la forme pharmaceutique est essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés et est le seul inscrit à la *Liste des médicaments* sous cette forme.

Toutefois, l'indication de la raison pour laquelle il ne doit pas y avoir substitution n'est requise qu'à partir du 1<sup>er</sup> juin 2015, dans le cas du renouvellement d'une ordonnance exécutée avant le 24 avril 2015 qui comportait la mention de ne pas substituer.

Elle n'est pas requise, dans le cas d'une ordonnance d'azathioprine, de mycophénolate mofétil, de mycophénolate sodique, de sirolimus, de tacrolimus ou de clozapine, pour les personnes qui, avant le 1<sup>er</sup> juin 2015, ont déjà obtenu une telle ordonnance avec la mention de ne pas substituer.

Elle n'est également pas requise à l'égard des personnes qui ont déjà obtenu le remboursement du Progra<sup>MC</sup> avant le 1<sup>er</sup> juin 2015 et qui ont reçu une ordonnance portant cette mention avant le 1<sup>er</sup> octobre 2015, tant que cette mention apparaît sur leurs ordonnances subséquentes.

La méthode du prix le plus bas ne s'applique pas pour les personnes assurées ayant obtenu un remboursement de Clozari<sup>MC</sup> dans les 365 jours précédant le 21 avril 2008.

De même, la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas aux médicaments énumérés à l'annexe V. Est inscrit dans cette annexe un médicament qui possède l'une de caractéristiques suivantes :

- médicament hautement毒ique 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 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 6.5 soient par ailleurs respectées, le montant maximum indiqué à la *Liste* pour le paiement des médicaments dont le numéro de code de facturation est 02244521, 02244522, 02249464 ou 02249472 ne s'applique pas lorsque le patient concerné est atteint de dysphagie grave ou porteur d'une sonde nasogastrique ou gastroéjunitale 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 reconnus**

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.

On trouvera à l'annexe II la liste des grossistes en médicaments reconnus et la marge bénéficiaire de chacun d'eux pour la période de validité de la *Liste des médicaments*.

##### **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**

Seuls les produits inscrits à la Liste et achetés par l'intermédiaire d'un fabricant reconnu ou d'un grossiste reconnu peuvent être facturés à la Régie de l'assurance maladie du Québec (Régie) par un pharmacien.

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, ces établissements peuvent facturer au régime général les médicaments inscrits à la *Liste des médicaments* dressée par le ministre en vertu de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments, 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**

Un médicament biologique d'origine inscrit à la liste des médicaments fait l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments jusqu'à ce qu'un médicament biosimilaire à ce médicament soit inscrit à la liste.

Un médicament biologique d'origine qui n'est pas inscrit à la liste et dont le paiement est permis en vertu de la mesure 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.

À moins d'indication contraire, le médicament biologique de référence visé au premier ou au deuxième alinéa 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup> 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 et deuxième alinéas du point 2.2, le coût de Lucentis<sup>MC</sup> continue de faire l'objet des garanties du régime général si la personne admissible en cours de traitement avec ce médicament est monoclulaire 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<sup>MC</sup> 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 les premier et deuxième alinéas du point 2.2, le coût du Prolia<sup>MC</sup> et du Xgeva<sup>MC</sup> continue de faire l'objet des garanties du régime général jusqu'au 21 mai 2025 si la personne admissible a commencé le traitement et reçu un remboursement avant le 7 novembre 2024.

### **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.

### **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 une seule substance active.
- 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, kéroconazole, 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 dexaméthasone, de méthadone, de phytanadione, ou de vancomycine.
- 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.

Les produits pour médicament magistral de même que les véhicules, solvants ou adjuvants payables sont regroupés dans deux sections particulières de la *Liste des médicaments*.

#### **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 des médicaments*.

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;
- 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 de l'assurance maladie du Québec, une demande d'autorisation préalable dûment remplie selon la formule prévue à cet effet dans le 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.

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 prévus à cette annexe sont remplies et lorsqu'il rencontre les conditions suivantes :

- 1° Pour le remboursement de Copaxone<sup>MC</sup> 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel<sup>MC</sup> SureClick<sup>MC</sup> 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 1<sup>er</sup> 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup> Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et de Neupogen<sup>MC</sup> Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup>, 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020.
- 4° Pour le remboursement de Fortéo<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 15 décembre 2021.
- 5° Pour le remboursement de Lucentis<sup>MC</sup> Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23 ml) et de Lucentis<sup>MC</sup> Sol. Inj. (seringue) 10 mg/mL (0,165 ml), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 13 décembre 2023;

- 6° Pour le remboursement de Stelara<sup>MC</sup> (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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 23 mai 2024.

#### **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° Pour le remboursement des médicaments Guêpe (Polistes Spp.) (DIN 01948970) et Vespidés combinés (DIN 01948873), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux de l'un de ces produits dans les six (6) mois précédent le 15 février 2017.
- 2° Pour le remboursement des réactifs quantitatifs du glucose dans le sang (bandelettes) D360 Blood Glucose Test Strips (DIN 99101469), Dario (DIN 99101227), GlucoDr (DIN 99101165), iTest (DIN 99100332), Nova-Max (DIN 99100497), On Call Vivid (DIN 99101314), On-Call Plus (DIN 99100479) et TRUEtest (DIN 99100714), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL, Lovenox<sup>MC</sup> 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<sup>MC</sup> 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup> FlexTouch<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 100 U/ml (3 mL) et NovoRapid<sup>MC</sup> Penfill<sup>MC</sup> 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup> 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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. PRÉSENTATION DES CAS, DES CONDITIONS ET DES CIRCONSTANCES DANS LESQUELS LE COÛT DE TOUT AUTRE MÉDICAMENT EST COUVERT PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL, À L'EXCEPTION DES MÉDICAMENTS OU DES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS CI-APRÈS INDIQUÉS**

### **6.1. Objectif**

La présente mesure vise à permettre, de façon exceptionnelle, le paiement d'un médicament qui n'est pas inscrit à la présente liste ou qui, dans le cas d'un médicament d'exception, est prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette liste au regard de ce médicament, dans les cas, les conditions et les circonstances ci-après décrites et à ce que son coût ainsi que celui des services pharmaceutiques fournis par un pharmacien à une personne admissible soient garantis par le régime général d'assurance médicaments.

### **6.2. Cas, conditions et circonstances**

#### **6.2.1. Conditions**

Un médicament non inscrit à la présente liste ou 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 lorsqu'aucun autre traitement pharmacologique inscrit à la présente liste ou 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 traitement est contre-indiqué, non toléré de façon significative ou rendu inefficace en raison de la condition clinique de la personne admissible.

Ce médicament doit être :

- 1° soit un médicament manufacturé, commercialisé au Canada et, sous réserve du quatrième alinéa du présent article, porteur d'un DIN attribué par Santé Canada;
- 2° soit un médicament manufacturé, commercialisé au Canada et porteur d'un NPN attribué par Santé Canada, pourvu que ce médicament ait déjà été porteur d'un DIN attribué par cette même autorité;
- 3° soit un médicament magistral dont les ingrédients 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;
- 4° soit 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 présente *Liste* pour administration parentérale ou pour usage ophtalmique, pourvu qu'il n'existe pas de préparations commercialisées au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes produits.

Un tel médicament fait l'objet des garanties du régime général lorsqu'il respecte toutes les conditions énoncées à l'égard de chacun des deux critères suivants :

- 1° critère relatif à la gravité de la condition médicale;
- 2° critère relatif à la chronicité, au traitement d'une infection aiguë et aux soins palliatifs.

Un médicament d'exception mentionné à l'annexe IV peut faire l'objet des garanties du régime général 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'exclusion prévue à la présente *Liste*.

#### **6.2.1.1. Critère relatif à la gravité de la condition médicale**

Le médicament vise le traitement d'une condition médicale grave dont souffre une personne admissible et pour qui la prise du médicament est une nécessité particulière, à caractère exceptionnel, 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 pourraient avoir des répercussions sur l'état de la personne admissible en termes de morbidité ou de mortalité.

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.

#### **6.2.1.2. Critère relatif à la chronicité, au traitement d'une infection aiguë grave et aux soins palliatifs**

Le médicament vise, selon le cas :

- 1° le traitement d'une condition médicale chronique ou d'une complication ou d'une manifestation découlant d'une telle condition médicale pourvu que sa gravité respecte les conditions décrites à l'un ou l'autre des paragraphes 1 et 2 du deuxième alinéa de l'article 6.2.1.1;
- 2° le traitement d'une infection aiguë grave;
- 3° nonobstant le critère de gravité prévu à l'article 6.2.1.1, à assurer l'administration d'un médicament requis en soins palliatifs ambulatoires au cours de la phase terminale, dans les cas d'une maladie mortelle.

### **6.3. Cas d'exclusion**

Bien que les conditions prévues à l'article 6.2.1 soient remplies pour qu'un médicament qui n'y est pas inscrit ou, dans le cas d'un médicament d'exception, prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette liste au regard de ce médicament fasse l'objet des garanties du régime général, une demande d'autorisation pour le paiement d'un tel médicament doit être refusée dans le cas 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'alopécie ou de la calvitie;
- 4° les médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile;
- 5° les médicaments prescrits pour le traitement de l'obésité;
- 6° les médicaments prescrits pour la cachexie et pour stimuler l'appétit;
- 7° l'oxygène;

- 8° Les médicaments prescrits pour traiter des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans fibrose hépatique (score Metavir de F0 ou équivalent) ou ayant une fibrose hépatique légère (score Metavir de F1 ou équivalent) et ne présentant pas de facteur de mauvais pronostic;
- 9° le capteur Dexcom G6<sup>MC</sup>, l'émetteur Dexcom G6<sup>MC</sup> et le capteur Dexcom G7<sup>MC</sup> prescrits lors de diabète;
- 10° le capteur FreeStyle Libre<sup>MC</sup> prescrit lors de diabète, à l'exception de la demande d'autorisation de la personne admissible qui a commencé son traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 7 juillet 2021 et qui continue de répondre aux conditions prévues au point 6.2.1;
- 11° le capteur FreeStyle Libre 2<sup>MC</sup> prescrit lors de diabète;
- 12° le Symdeko<sup>MC</sup>, à l'exception de la demande d'autorisation de la personne admissible qui a commencé son traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 29 septembre 2021 et qui continue de répondre aux conditions prévues au point 6.2.1.

Une demande d'autorisation doit également être refusée à l'égard d'un médicament pour lequel 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 des médicaments en vertu de l'article 60.0.4 de la Loi sur l'assurance médicaments.

Malgré le deuxième alinéa, la couverture d'assurance de ce médicament est maintenue à l'égard d'une personne admissible en cours de traitement avec ce médicament lorsque celle-ci continue de répondre aux conditions prévues au point 6.2.1 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<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL) et de Lantus<sup>MC</sup> Solostar<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C (3 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017;
- 2° Pour le remboursement de Copaxone<sup>MC</sup> 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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018. Ce médicament ne fera 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<sup>MC</sup> sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et Neupogen<sup>MC</sup> sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du 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<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel<sup>MC</sup> SureClick<sup>MC</sup> Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020;
- 5° Pour le remboursement de Rituxan<sup>MC</sup> Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020;
- 6° Pour le remboursement de Humira<sup>MC</sup> (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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 3 mars 2021;
- 7° Pour le remboursement de Lucentis<sup>MC</sup> Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23 ml) et de Lucentis<sup>MC</sup> Sol. Inj. (seringue) 10 mg/mL (0,165 ml), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 13 décembre 2023

- 8° Pour le remboursement de Stelara<sup>MC</sup> (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 ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 23 mai 2024.

#### **6.4. Prix payable**

Sauf dans les cas visés au deuxième alinéa du point 1.2.2, le prix d'un médicament visé au présent article est le prix réel d'acquisition du médicament par le pharmacien.

#### **6.5. Autorisation de paiement et durée d'autorisation**

Le prescripteur doit faire parvenir :

- 1° à la Régie de l'assurance maladie du Québec, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par elle, une demande d'autorisation préalable dûment remplie, sur la formule qui lui est fournie par la Régie;
- 2° si 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, une demande préalable d'autorisation dûment remplie, selon les modalités prévues à ce contrat ou par ce régime, le cas échéant.

Lorsque la demande est acceptée, le médicament qui en fait l'objet n'est toutefois couvert que pour la durée autorisée, le cas échéant, par la Régie, par l'assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux visé.

### **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 (chapitre A-29.01), 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 6.5, 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 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 oesophage hypersensible et de symptômes extradigestifs 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<sup>e</sup> alinéa du point 9, 3 000 bandelettes.

Toutefois, ce nombre est augmenté de 100 bandelettes lorsqu'une personne visée aux sous-paragraphe b) et c) du paragraphe 1° et au paragraphe 2<sup>o</sup>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 hypoglycémiants ou hyperglycémiants;
- 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 débalancement 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	3%
Atlas	5,66%, 5,65%, 5,71%, 5,7%
Cellchem	6,5%
* Covidien	6%
Erfa	5%
* Hikma	3%
I-Sens	5%
Medelys	5%
* Medisure	6,25%
Medline	2%
* Nipro Diag	6%
* Pharmaris	6,5%
* Purdue	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 RECONNUS****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.**  
250 Shields Court, Unit 3  
Markham, Ontario, Canada L3R 9W7

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

**ANNEXE III**

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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
Roche	Actemra Sol. Inj. S.C. (ser) 162 mg/0,9 mL	4
Roche	Actemra Sol. Inj. S.C. (stylo) 162 mg/0,9 mL	4
Roche	Actemra Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (20 mL)	1
S. & N.	Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm <sup>2</sup> ) Pans. Plus de 500 cm <sup>2</sup> (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
Aurobindo	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
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
Amgen	Amgevita (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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-Dasatinib Co. 100 mg	30
Apotex	Apo-Eltrombopag Co. 25 mg	28
Apotex	Apo-Eltrombopag Co. 50 mg	28
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-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
Bo. Ing.	Aptivus Caps. 250 mg	120
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
Genzyme	Aubagio Co. 14 mg	28
Aurobindo	Auro-Apremilast Co. 30 mg	56
Aurobindo	Auro-Sunitinib Caps. 25 mg	28
Aurobindo	Auro-Sunitinib Caps. 50 mg	28
AuroPharma	Auro-Tofacitinib Co. 10 mg	60
Biogen	Avonex Pen Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Biogen	Avonex PS Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Hikma	Baclofene injectable Sol. Inj. 2 mg/mL (5 mL)	10
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 (seringue) Sol. Inj. S.C. 160 mg/mL (1 mL)	2
U.C.B.	Bimzelx (stylo) Sol. Inj. S.C. 160 mg/mL (1 mL)	2

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Biomed	Bio-Bosentan Co. 62,5 mg	56
Biomed	Bio-Bosentan Co. 125 mg	56
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
BeiGene	Brukinsa Caps. 80 mg	120
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 Caps. 100 mg	60
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
Gilead	Cayston Sol. pour Inh. 75 mg	84
Sterimax	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
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 (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Novartis	Cosentyx (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Merck	Delstrigo Co. 100 mg -300 mg -300 mg	30
Merck	Difidic Co. 200 mg	20
Ultragenyx	Dojolvi Liq. 100 %	500 ml
ViiV	Dovato Co. 50 mg-300 mg	30
SanofiAven	Dupixent (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (2 mL)	2
SanofiAven	Dupixent (seringue) Sol. Inj. S.C. 175 mg/mL (1,14 mL)	2
SanofiAven	Dupixent (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (2 mL)	2
SanofiAven	Dupixent (stylo) Sol. Inj. S.C. 175 mg/mL (1,14 mL)	2
Tolmar	Eligard Trousse 22,5 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 30 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 45 mg	1
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
Gilead	Eclusa Co. 400 mg -100 mg	28
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
Roche	Evrysdi Pd. Orale 60 mg (0,75 mg/mL)	1
Novartis	Extavia Pd. Inj. 0,3 mg	15
Bayer	Eylea Sol. Inj. 40 mg/mL (0,278 mL)	1
Bayer	Eylea Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL (0,177 mL)	1
Bayer	Eylea HD Sol. inj. 114 mg/mL (0,263 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	Firazyr Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
Kye Pharma	Firdapse Co. 10 mg	240
BGP Pharma	Fulphila (seringue) Sol. Inj. S.C. 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Roche	Fuzeon Pd. Inj. S.C. 108 mg	60
Amicus	Galafold Caps. 123 mg	14

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Fresenius	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Sterimax	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Forma Ph	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Merck	Gardasil 9 (fiole) Susp. Inj. I.M. 30mcg,40mcg,60mcg, 40mcg,20mcg/0,5 mL	10 dose(s)
Pfizer	Genotropin GoQuick Sty 12 mg	5
Gilead	Envoya 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
BGP Pharma	Hulio (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
BGP Pharma	Hulio (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Lilly	Humatrope Cartouche 24 mg	1
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 Caps. 75 mg	21
Pfizer	Ibrance Caps. 100 mg	21
Pfizer	Ibrance Caps. 125 mg	21
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
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
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
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 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 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	Jamteki Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Jamp	Jamteki Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
ViiV	Juluca Co. 50 mg -25 mg	30
Medison	Juxtapid Caps. 5 mg	28
Medison	Juxtapid Caps. 10 mg	28
Medison	Juxtapid Caps. 20 mg	28

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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	Lapela (seringue) Sol. Inj. S.C. 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Apotex	Lapela (stylo) Sol. Inj. S.C. 10 mg/mL (0,6 mL)	1
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
Jamp	Linezolid Injection Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (300 mL)	10
Takeda	Livtency 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
AZC	Lynparza Co. 100 mg	60
AZC	Lynparza Co. 100 mg	120
AZC	Lynparza Co. 150 mg	60
AZC	Lynparza Co. 150 mg	120

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 250 mg	120
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 500 mg	60
Marcan	Mar-Trentine 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. 0,25 mg	120
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
Mint	Mint-Apremilast Co. 30 mg	56
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
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Bayer	Nexavar Co. 200 mg	112
Bayer	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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Roche	Nutropin AQ NuSpin 20 Sty 20 mg	1
Pfizer	Nyvepria (seringue) Sol. Inj. S.C. 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Intercept	Ocaliva Co. 5 mg	30
Intercept	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
Lilly	Olumiant Co. 2 mg	30
Lilly	Omvoh Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (15 mL)	1
Lilly	Omvoh (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (1 mL)	2
Lilly	Omvoh (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (1 mL)	2
Alnylam	Onpattro Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (5 mL)	1
Celgene	Onureg Co. 200 mg	7
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
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	20
Pfizer	Paxlovid Co. 150 mg - 100 mg	30
Medunik	Pheburane Gran. 483 mg/g	1
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 250 mg	120
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 500 mg	60
Phmscience	pms-Apremilast Co. 30 mg	56
Phmscience	pms-Bosantan Co. 62,5 mg	60
Phmscience	pms-Bosantan 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-Pazopanib Co. 200 mg	60
Phmscience	pms-Pazopanib Co. 200 mg	120

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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	Prevnar 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
Horizon Ph	Procysbi Caps. L.A. 75 mg	250
Astellas	Prograf Caps. 5 mg	100
Roche	Pulmozyme Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2,5 mL)	30
Organon	Puregon Cartouche 900 UI	1
Medison	Qinlock Co. 50 mg	90
Horizon	Quinsair Sol. pour Inh. 100 mg/mL (2,4 mL)	56
Mitsubishi	Radicava Sol. Perf. I.V. 0,3 mg/mL (100 mL)	2
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-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-Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 2 mg	21

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Ferring	Rekovelle Cartouche 72 mcg	1
Ferring	Rekovelle 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
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
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
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	Rynti (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Lupin	Rynti (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
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 Ambrisentan Tablets Co. 5 mg	30
Sandoz	Sandoz Ambrisentan Tablets Co. 10 mg	30
Sandoz	Sandoz Apremilast Co. 30 mg	56

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Sandoz	Sandoz Bosentan Co. 62,5 mg	60
Sandoz	Sandoz Bosentan Co. 125 mg	60
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
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
AZC	Saphnelo Sol. Perf. I.V. 150 mg/mL (2 mL)	1
Novartis	Scemblix Co. 20 mg	60
Novartis	Scemblix Co. 40 mg	60
Amgen	Sensipar Co. 90 mg	30
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 (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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
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
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. (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
Roche	Tarceva Co. 100 mg	30
Roche	Tarceva Co. 150 mg	30
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
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 Co. 10 mg	60
Novartis	Tasigna Caps. 150 mg	112
Novartis	Tasigna Caps. 200 mg	112
Biogen	Tecfidera Caps. L.A. 240 mg	56
Akcea	Tegsedi Sol. Inj. S.C. (ser) 189 mg/mL (1,5 mL)	4
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
Celgene	Thalomid Caps. 200 mg	28
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	Trelistar Trousse 22,5 mg	1
Knight	Trelistar LA Trousse 11,25 mg	1
Janss. Inc	Tremfya Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (1 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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg - 150 mg	84
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg	56
ViiV	Triumeq Co. 50 mg - 600 mg - 300 mg	30
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
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
Cheplaphar	Valcyte Co. 450 mg	60
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
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
ViiV	Vocabria Co. 30 mg	30
GSK	Volibris Co. 5 mg	30
GSK	Volibris Co. 10 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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Pfizer	Vyndamax Caps. 61 mg	30
Pfizer	Vyndaqel Caps. 20 mg	120
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. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
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
Astellas	Xtandi Caps. 40 mg	120
Paladin	Xydalba Pd. Perf. I.V. 500 mg	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
Sandoz	Ziextenzo (seringue) Sol. Inj. S.C. 10 mg/mL (0,6 mL)	1
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 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.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuse, l'un 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.

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 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.

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

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

Lors de 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 l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> 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.

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 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.

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

Les autorisations pour l'abatacept sont données à raison de 10 mg/kg aux 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.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un 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.

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 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.

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

Les autorisations pour l'abatacept, Sol. Inj. S.C. (ser) sont données à raison 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 selon 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. La durée maximale de l'autorisation est de 24 mois.

### 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'abiratérone 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<sup>e</sup> génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

Il est à noter que l'abiratérone 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<sup>e</sup> 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'abiratérone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédent le 10 juillet 2019, en autant que le prescripteur fournit la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

#### ABIRATÉRONE (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'abiratérone 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.

#### 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;

## ANNEXE IV

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 un inhibiteur de la calcineurine topique;  
et
- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 un agent de rémission systémique, utilisé pendant une période minimale de 4 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuse.

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.

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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitemen, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

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

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

### ACALABRUTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de 1<sup>re</sup> 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<sup>re</sup> 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.

★ ACAMPROSATE :

- ♦ pour le maintien de l'abstinence chez les personnes souffrant de dépendance alcoolique qui sont abstinences à l'alcool depuis au moins 5 jours et qui font partie d'un programme de prise en charge complet axé sur l'abstinence à l'alcool.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 mois. Lors des demandes de poursuite de traitement, le prescripteur devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique défini par le maintien de l'abstinence alcoolique. La durée maximale totale du traitement est de 12 mois.

ACIDE OBÉTICHOlique :

- ♦ 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.

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

## ANNEXE IV

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> 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.

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 d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un 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 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.

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

Les autorisations pour 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.

Lors de 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

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

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

Les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 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.

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 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.

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

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

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois et comprend un traitement d'induction à raison de 160 mg initialement et de 80 mg à la deuxième semaine, suivi d'un traitement d'entretien à la dose de 40 mg aux deux semaines.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12<sup>e</sup> semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 6 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 souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est  $\geq 4$  sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- 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 sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

## ANNEXE IV

- 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 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.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'adalimumab sont données pour un maximum de 40 mg aux 2 semaines.

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

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif pour la polyarthrite rhumatoïde seulement;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents doit être :  
pour la polyarthrite rhumatoïde :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde :

- 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.

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 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.

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

Pour la polyarthrite rhumatoïde, les autorisations pour l'adalimumab sont données 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 l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde, les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitemet.

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

Les autorisations pour l'adalimumab sont données pour une dose d'induction de 80 mg suivie d'un traitement d'entretien commençant la deuxième semaine à la dose de 40 mg aux 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.

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 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.

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

## ANNEXE IV

### ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE) :

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

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

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique.

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

### 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.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique. Les autorisations subséquentes sont données pour une durée maximale de 12 mois.

### 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.

### AFATINIB (dimaléate d') :

- ♦ en monothérapie pour le traitement de 1<sup>re</sup> intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique, présentant une mutation activatrice 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 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.

#### AFLIBERCEPT :

- ♦ 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 2 mg par mois et par œil 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 œil.

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

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

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

L'administration recommandée est de 1 dose par œil 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 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 de façon concomitante avec le faricimab ou le ranibizumab pour traiter le même œil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 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 de façon concomitante avec le ranibizumab 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.

## ANNEXE IV

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 de façon concomitante avec le ranibizumab 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, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

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

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

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

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

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

### 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 d'échec avec un inhibiteur du 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 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.

#### 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 égal ou inférieur à 5.

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 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), 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.

Chez les patients sans maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, 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.

Chez les patients présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2 mmol/l.

- Le phénotypage est défini par une concentration de C-LDL > 4 mmol/l chez les enfants de moins de 16 ans ou > 4,9 mmol/l chez les adultes avant le début d'un traitement et au moins 1 des éléments suivants :
  - une histoire familiale d'HFHe confirmée par génotypage chez un parent du 1<sup>er</sup> degré;
  - La présence d'une mutation causant une hypercholestérolémie familiale des gènes LDR, ApoB ou PCSK9 chez un parent du 1<sup>er</sup> degré;
  - la présence de xanthomes chez la personne ou chez un des parents du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> degré;
  - La présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans chez un parent du 1<sup>er</sup> degré;
  - une histoire familiale d'une concentration de C-LDL > 4,9 mmol/l chez un parent adulte du 1<sup>er</sup> degré ou ≥ 4 mmol/l chez un parent du 1<sup>er</sup> degré âgé de moins de 18 ans;
  - une histoire familiale d'une concentration du cholestérol total > 7,5 mmol/l chez un parent adulte du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> degré ou > 6,7 mmol/l chez un parent du 1<sup>er</sup> degré âgé de moins de 16 ans.

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 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur observée au moment de commencer le traitement par l'alirocumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la diminution d'au moins 40 % de la concentration de C-LDL est maintenue. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour l'alirocumab sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg toutes les 2 semaines.

### ALISKIRÈNE :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle, en association avec au moins un agent antihypertenseur, si échec thérapeutique, intolérance ou contre-indication à :
  - un diurétique thiazidique;
  - et
  - un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA);
  - et
  - un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).

Toutefois, à la suite d'un échec thérapeutique à un IECA, l'essai d'un ARA n'est pas exigé et vice versa.

### 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 récidive, aux conditions suivantes :

- le traitement précédent a conduit à la disparition complète ou quasi complète des symptômes;
- l'intensité des symptômes lors de la récidive 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 récidive.

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.

**AMBRISENTAN :**

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

**AMIFAMPRIDINE :**

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

## ANNEXE IV

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 un antipaludéen, un immunosuppresseur et un 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 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.

Une autorisation peut être accordée par la suite pour tout nouvel épisode de la maladie, selon les modalités de traitement précitées.

**APALUTAMIDE :**

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

**★ APIXABAN :**

- ♦ 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.
- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).

L'autorisation est donnée pour une dose biquotidienne de 10 mg pendant les 7 premiers jours de traitement suivi d'une dose biquotidienne de 5 mg.

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

- ♦ pour la prévention des récidives de thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire) chez les personnes ayant été traitées avec une anticoagulothérapie pendant une période d'au moins 6 mois pour un épisode aigu de thromboembolie veineuse idiopathique.

#### ANNEXE IV

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois et pourra être accordée à chaque 12 mois si le prescripteur considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. L'autorisation est donnée pour une dose biquotidienne de 2,5 mg.

- ♦ pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie du genou.

La durée maximale de l'autorisation est de 14 jours.

- ♦ pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie de la hanche.

La durée maximale de l'autorisation est de 35 jours.

#### APREAMILAST :

- ♦ 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 de 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour 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-HT<sub>3</sub>.

ASCIMINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique, chez les adultes :
  - qui présentent l'échec (ratio de transcrits BCR::ABL1 ≥ 1 %) d'au moins deux inhibiteurs de la tyrosine kinase ou une intolérance sérieuse à ceux-ci;  
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 devra fournir la preuve d'une réponse hématologique complète.

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

ATOGÉPANT :

- ◆ pour le traitement prophylactique des migraines, chez les personnes ayant au moins 4, mais moins de 15 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 3 médicaments prophylactiques appropriés, dont au moins 1 antidépresseur tricyclique, 1 anticonvulsivant et 1 antihypertenseur, 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 les demandes 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 1re administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (calcitonin gene related peptide; CGRP) ou sur son récepteur.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

L'autorisation est accordée à raison de 1 dose maximale quotidienne de 60 mg. 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 avec trouble déficitaire de l'attention chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et une amphétamine ou lorsque ceux-ci sont contre-indiqués.

Avant de conclure à l'inefficacité de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales, et, de surcroît, une forme à libération contrôlée sur 12 heures de méthylphénidate, ou une forme de sels mixtes d'amphétamine ou la lisdexamfétamine doit avoir été essayée, à moins d'une justification pertinente empêchant ces exigences.

## ANNEXE IV

### AXITINIB :

- ♦ pour le traitement de 2<sup>e</sup> intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires après l'échec d'un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase 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.

- ♦ 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 myélonomonocytaire 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 méthronidazole est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

### AZTRÉONAM :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa* :
  - lorsque leur état se détériore malgré un traitement avec une formulation de tobramycine pour inhalation;

- ou
- lorsqu'elles sont intolérantes à une solution de tobramycine pour inhalation;
  - ou
  - lorsqu'elles sont allergiques à la tobramycine.

**BARICITINIB :**

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

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le baricitinib sont données à raison de 2 mg une fois par jour.

**BELIMUMAB :**

- ♦ 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 un antipaludéen, un immunosuppresseur et un 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 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.

Une autorisation peut être accordée par la suite pour tout nouvel épisode de la maladie, selon les modalités de traitement précitées.

## ANNEXE IV

### 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 germinal 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.

### 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 précédent 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  $\beta_2$  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'angioédème 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'AOH 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'AOH.

#### BIMEKIZUMAB :

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

## ANNEXE IV

- 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrépine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour le bimekizumab sont données à raison de 320 mg (soit 2 injections de 160 mg) aux semaines 0, 4, 8, 12 et 16 puis toutes les 8 semaines par la suite.

### BINIMÉTINIB :

- ◆ en association avec l'encorafénib, 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 binimétinib, en association avec l'encorafénib, 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 résécable ou métastatique, chez les personnes :
  - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK*;  
et
  - qui n'ont jamais eu d'échec avec un inhibiteur du 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.

**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 anticonvulsifs appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

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

**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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitritéline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 :

## ANNEXE IV

- 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour le brodalumab sont données à raison de 210 mg aux semaines 0, 1 et 2 puis toutes les 2 semaines par la suite.

### BUPRÉNORPHINE :

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

### BUROSUMAB :

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

Lors de la demande initiale, la personne doit :

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

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

- fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'amélioration d'au moins un point sur le *Radiographic Global Impression of Change* (RGIC) 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 burosomab 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 burosomab 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 ou la quinagolide est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.

Sans égard à l'indication de paiement énoncée ci-dessus, la cabergoline demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1<sup>er</sup> octobre 2007 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications reconnue prévues à la présente annexe.

#### 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 traitement ciblant le récepteur du VEGF; 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 l'échec à ce dernier s'il a été administré pour le traitement de 1<sup>re</sup> 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.

#### 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.

## ANNEXE IV

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.

### 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 atteinte de diabète de type 1 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<sup>MC</sup> et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale de Dexcom G6<sup>MC</sup>, 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 atteinte de diabète de type 1 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<sup>MC</sup> et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale de Dexcom G7<sup>MC</sup>, 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 :

- ♦ pour l'autosurveillance de la glycémie des personnes diabétiques âgées de 18 ans ou plus qui satisfont aux 2 critères suivants :
  - thérapie insulinique intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline par jour); et
  - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie.

La demande initiale est autorisée pour une période de 6 mois, afin d'évaluer la capacité des patients à utiliser le FreeStyle Libre<sup>MC</sup> et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale du FreeStyle Libre<sup>MC</sup>, 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.

## ANNEXE IV

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  $\geq 3$  injections d'insuline 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<sup>MC</sup> et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée—si la personne montre une utilisation optimale de FreeStyle Libre 2<sup>MC</sup> ou FreeStyle Libre<sup>MC</sup>, 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.

### 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 linézolide sont inefficaces, contre-indiqués ou non tolérés.

### ★ CEFTOLOZANE / TAZOBACTAM :

- ♦ pour le traitement des infections urinaires compliquées, lorsque l'antibiogramme démontre qu'au moins un des pathogènes responsables est uniquement sensible au ceftolozane/tazobactam.
- ♦ pour le traitement des infections urinaires compliquées, lorsque l'antibiogramme démontre qu'au moins un des pathogènes responsables est uniquement sensible au ceftolozane/tazobactam, aux aminosides et au colistiméthate sodique mais que ces deux derniers ne peuvent pas être administrés en raison d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

- ♦ pour le traitement des infections intra-abdominales compliquées, lorsque l'antibiogramme démontre qu'au moins un des pathogènes responsables est uniquement sensible au ceftolozane/tazobactam.
- ♦ pour le traitement des infections intra-abdominales compliquées, lorsque l'antibiogramme démontre qu'au moins un des pathogènes responsables est uniquement sensible au ceftolozane/tazobactam, aux aminosides et au colistiméthate sodique mais que ces deux derniers ne peuvent pas être administrés en raison d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

**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 et de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif pour la polyarthrite rhumatoïde seulement;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun.

Pour la polyarthrite rhumatoïde, 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.

- Pour l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, 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.

## ANNEXE IV

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 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;
  - un retour au travail.

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

Pour l'arthrite rhumatoïde, les autorisations pour le certolizumab sont données à raison de 400 mg pour les trois premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies de 200 mg toutes les 2 semaines.

Pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde, les autorisations pour le certolizumab sont données à raison de 400 mg pour les trois premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies 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.

Lors de 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 avec 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le certolizumab sont données à raison 400 mg pour les trois premières doses du traitement, soit aux semaines 0, 2 et 4, suivies 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  $\geq 4$  sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :
  - 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 sera autorisée pour une période maximale de 5 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 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.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour le certolizumab sont données à raison de 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, suivis 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  $\geq 4,5$  mmol<sup>2</sup>/L<sup>2</sup>;  
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.

#### CLADRIBINE :

- ♦ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, dont le score à l'échelle EDSS est égal ou inférieur à 5,5 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

## ANNEXE IV

- 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.

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 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 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.

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

- ♦ pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine  $B_{12}$ .

**CYCLOSPORINE, Sol. Oph. :**

- ♦ pour le traitement de la kératoconjonctivite vernale grave.

**CYCLOSPORINE, Emuls. Oph. :**

- ♦ 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  $\leq 2$  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.

## ANNEXE IV

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

- ♦ en association avec le tramétinib, pour le traitement adjuvant d'un mélanome exprimant une mutation V600 du gène *BRAF*, avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, chez les personnes :

- dont le mélanome a été complètement réséqué;  
et
- dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;  
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

### ★ DALBAVANCINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des infections bactériennes aigües 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 aigües 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 ( $\text{HbA1c}$ ) 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 / 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 ( $\text{HbA1c}$ ) 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  $B_{12}$  :
  - chez les personnes présentant une tumeur non myéloïde traitées par chimiothérapie 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  $40 \times 10^9/\text{l}$  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.

## ANNEXE IV

Toutefois, pour les personnes souffrant de cancer autres que celles visées précédemment, la darbépoétine 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<sup>er</sup> 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.

### 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.

- ♦ 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.

### 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/ $\mu$ L; et
- pour qui l'utilisation du darunavir est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

DASATINIB :

- ♦ pour le traitement de 1<sup>re</sup> intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ♦ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique ou 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.

DENOSUMAB, Sol. Inj. S.C. (ser), 60 mg/ml :

- ♦ 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, Sol. Inj. S.C., 120 mg/1,7 ml :

- ♦ 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 zolédonique.

## 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitemet.

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

Les autorisations pour 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 intravitrénien :

- ♦ 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 pseudophakes lorsque le traitement par un anti-VEGFest 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.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an, avec un maximum d'un implant par 6 mois par œil.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, 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 par 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.

**DOCUSATE DE CALCIUM :**

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

**DOCUSATE DE SODIUM :**

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

**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 :

## ANNEXE IV

- 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 prédictive. 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/m<sup>2</sup> 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<sub>1c</sub>) 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<sub>1c</sub> 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
  - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins deux corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et un inhibiteur de la calcineurine topique;  
et

- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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.

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 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 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 ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

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

Les autorisations pour 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 d'un corticostéroïde inhalé à dose élevée, d'un agoniste  $\beta_2$  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 deux 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 l'un des questionnaires suivants pour l'année de référence :

- 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).

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

## ANNEXE IV

- 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.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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 chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer 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 avec le dupilumab.

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 un des éléments suivants :

- un événement thromboembolique traité avec un anticoagulant;
- une administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des derniers 12 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 une douleur dont l'intensité est telle requiert une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés.

La première 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 cinquième dose une 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 utilisé pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne. L'utilisation de l'éculizumab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement avec le pegcétacoplan.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne symptomatique ayant reçu une autorisation de paiement pour un inhibiteur du complément C3 selon l'indication reconnue, mais ayant dû cesser le traitement en raison d'une intolérance, d'une contre-indication, d'une difficulté d'administration, d'une absence d'effet clinique bénéfique, ou en raison d'une grossesse ou d'autres circonstances pour laquelle le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne par un inhibiteur du complément C5 a dû être repris.

La première 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 cinquième dose une semaine plus tard, et
- 900 mg toutes les 2 semaines par la suite.

L'utilisation de l'éculizumab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement avec l'éculizumab.

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

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 utilisé pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne.

#### ÉDARAVONE, Sol. Perf. I.V. :

- ♦ 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 lesquels un score de 4 points est requis;
  - une capacité vitale forcée supérieure à 80 % de la valeur prédictive;
  - 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.

#### 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;

## ANNEXE IV

- 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 prédictive;
- 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 fournit la preuve de l'absence de trachéotomie avant le début du traitement par l'édaravone orale.

### ★ ÉDOXABAN :

- ♦ pour le traitement des personnes présentant une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).

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

- ♦ 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.

### ÉLÉXACAFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ) :

- ♦ pour le traitement de la fibrose kystique, chez les personnes :

- âgées de 2 ans ou plus;  
et
- présentant une mutation ΔF508 ou une mutation délétère reconnue comme répondante au Trikafta<sup>MC</sup> 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 immunitaire, 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 documentés.

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.

#### 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 atteinte de diabète de type 1 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<sup>MC</sup> et à porter le capteur.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si la personne montre une utilisation optimale de Dexcom G6<sup>MC</sup>, 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 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.

- ♦ 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 (HbA1c) est  $\geq 7\%$ .

Lors de la demande initiale, le prescripteur devra préciser la nature de la maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS).

#### EMPAGLIFLOZINE/METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

Les personnes doivent répondre également aux exigences de l'indication reconnue pour le paiement de l'empagliflozine.

## ANNEXE IV

### 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 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 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.

### ENFUVRTIDE :

- ♦ 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'enfvirtide.

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<sup>re</sup> 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/ $\mu$ l.

- ♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH qui ne sont pas visées par le 1<sup>er</sup> 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.

#### **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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.

## 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.

- ◆ 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<sup>e</sup> 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.

### 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 B<sub>12</sub> :
  - chez les personnes présentant une tumeur non myéloïde traitées par chimiothérapie et dont le taux d'hémoglobine est inférieur à 100 g/l;
  - chez les personnes 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 40x10<sup>9</sup>/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<sup>er</sup> 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 fournis la preuve d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins 40 x 10<sup>9</sup>/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 connectivité, 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 3 médicaments prophylactiques appropriés, dont au moins 1 antidépresseur tricyclique, 1 anticonvulsivant et 1 antihypertenseur, 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 les demandes 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<sup>re</sup> administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (*calcitonin gene related peptide; CGRP*) ou sur son récepteur.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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.

**ERLOTINIB (chlorhydrate d') :**

- ♦ pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique chez les personnes :
  - qui ont eu l'échec d'une thérapie de 1<sup>re</sup> intention et qui ne sont pas admissibles à une autre chimiothérapie, ou qui ont eu l'échec d'une thérapie de 2<sup>e</sup> intention;  
et
  - qui ne présentent pas de métastase cérébrale symptomatique;  
et
  - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 3.

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

### 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 anticrisées 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.

### 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.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un des 2 agents utilisé doit être :
  - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

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

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 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.

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

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 50 mg par semaine.

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

- 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 sera autorisée pour une période maximale de 5 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 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.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'étanercept sont données pour 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.

Lors de 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 l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> 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.

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 d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un 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 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.

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

Les autorisations pour 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.

## ANNEXE IV

Lors de 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 l'un des 4 éléments suivants :
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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.

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 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.

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

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison de 50 mg par semaine.

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

Lors de 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

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

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

Les autorisations pour l'étanercept sont données à raison 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concurrence ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitritéline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour l'étanercept sont données pour un maximum de 50 mg 2 fois par semaine.

#### 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'efavirenz 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

## ANNEXE IV

- 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/ $\mu$ L;  
et
  - pour qui l'utilisation de l'étravirine est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

### ÉVÉROLIMUS :

- ♦ pour le traitement de 2<sup>e</sup> intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires après l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase 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 létrazole) dans le contexte adjuvant ou métastatique;  
et
  - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ♦ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines non fonctionnelles, et bien différenciées du tube digestif ou du poumon, non résécables, à un stade avancé ou métastatique, chez les personnes :
  - dont la maladie a progressé au cours des 6 mois précédents; et
  - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

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

Les demandes pour la poursuite 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'éverolimus 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.

#### ÉVOLOCUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) confirmée par génotypage ou par phénotypage en cas d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité à au moins 2 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales.

Le phénotypage est défini par les 3 éléments suivants :

- une concentration de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) > 13 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 observée au moment de commencer le traitement par l'évolocumab.

## ANNEXE IV

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.

Chez les patients sans maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, 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.

Chez les patients présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2 mmol/l.

Le phénotypage est défini par une concentration de C-LDL > 4 mmol/l chez les enfants de moins de 16 ans ou > 4,9 mmol/l chez les adultes avant le début d'un traitement et au moins 1 des éléments suivants :

- une histoire familiale d'HFHe confirmée par génotypage chez un parent du 1<sup>er</sup> degré;
- La présence d'une mutation causant une hypercholestérolémie familiale des gènes LDR, ApoB ou PCSK9 chez un parent du 1<sup>er</sup> degré;
- la présence de xanthomes chez la personne ou chez un des parents du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> degré;
- La présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans chez un parent du 1<sup>er</sup> degré;
- une histoire familiale d'une concentration de C-LDL > 4,9 mmol/l chez un parent adulte du 1<sup>er</sup> degré ou ≥ 4 mmol/l chez un parent du 1<sup>er</sup> degré âgé de moins de 18 ans;
- une histoire familiale d'une concentration du cholestérol total > 7,5 mmol/l chez un parent adulte du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>e</sup> degré ou > 6,7 mmol/l chez un parent du 1<sup>er</sup> degré âgé de moins de 16 ans.

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 au moins 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur observée 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 40 % 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 140 mg toutes les 2 semaines ou de 420 mg tous les 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 choroidienne. 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 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, 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'afibbercept, 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'afibbercept ou le ranibizumab 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 thrombocytémie 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.

## ANNEXE IV

Il est à noter que le fédratinib 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 myélofibreose.

### 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 *Clostridoides difficile* (*C. difficile*) chez les personnes présentant :

- au moins un des facteurs de risque de récidive suivants :
  - Âge  $\geq$  65 ans;
  - Immunosuppression grave;

ou

- une récidive 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.

### ★ FILGRASTIM :

- ♦ pour le traitement des personnes recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive ( $\geq$  40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).

- ♦ pour le traitement des personnes à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.

- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.

- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à  $1,5 \times 10^9/L$ ) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.

- ♦ lors de chimiothérapie chez les enfants atteints de tumeur solide.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ .

- ♦ pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ).

- ♦ pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.

- ♦ pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

#### **FINÉRÉNONE :**

- ♦ pour le traitement d'appoint des 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 m<sup>2</sup> ainsi qu'un taux d'albuminurie d'au moins 3 mg/mmol (ou 30 mg/g).

Il est à noter que la finérénone ne sera pas autorisée de façon concomitante avec un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes stéroïdien (p. ex. spironolactone, éplérénone).

Les autorisations concernant la finérénone sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 20 mg.

#### **FINGOLIMOD (chlorhydrate de) :**

- ♦ pour le traitement en monothérapie des personnes qui ont eu un diagnostic de sclérose en plaques de forme rémittente à évolution rapide, dont le score à l'échelle EDSS est inférieur à 7, et qui ont dû cesser le natalizumab pour des raisons médicales.

La durée maximale des autorisations est d'un an. Lors des demandes subséquentes, le score à l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

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

La durée maximale de chaque autorisation est d'un an. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

#### **FLUCONAZOLE, Susp. Orale :**

- ♦ pour le traitement de la candidose oesophagienne.
- ♦ pour le traitement de la candidose oropharyngée ou d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir 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'entrainer 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'entrainer des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.

## ANNEXE IV

- ♦ 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<sup>er</sup> octobre 2003.

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
  - ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. 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 une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;  
ou
  - dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande subséquente, pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations, l'autorisation pourra être accordée si le prescripteur considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. Pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatische, le prescripteur devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Il est à noter que cette association (agoniste  $\beta_2$  à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concurrence avec un agoniste  $\beta_2$  à longue action seul ou avec une association d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

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 deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. 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 une exacerbation des symptômes de la maladie ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;  
ou
  - dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par l'association d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation;  
ou
  - qui reçoivent déjà un agoniste  $\beta_2$  à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis un an ou moins.

L'autorisation initiale est donnée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande subséquente, le prescripteur devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Les autorisations sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364MCg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes qui reçoivent déjà un agoniste  $\beta_2$  à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis plus d'un an.

Les autorisations sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364MCg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

**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 anticonvulsifs 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.

## ANNEXE IV

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 anticonvulsifs 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 anticonvulsifs 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 cétogène. 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 cétogène 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.

#### **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.

## ANNEXE IV

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 statural 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 statural 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 statural 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 statural lié à une condition médicale.
- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

#### **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 incommodantes d'au moins 1 h par jour  
et
  - ne présentent pas de troubles cognitifs susceptibles d'affecter leur capacité à utiliser le dispositif d'administration, à moins de bénéficier de l'aide permettant d'y pallier.

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

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'amélioration des fluctuations motrices (notamment, l'augmentation des périodes « on » sans dyskinésies, la diminution des périodes « off » ou la diminution des akinésies matinales) et documenter les bénéfices fonctionnels procurés par le traitement.

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

## ANNEXE IV

### 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 3 médicaments prophylactiques appropriés, dont au moins 1 antidépresseur tricyclique, 1 anticonvulsivant et 1 antihypertenseur, 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 les demandes 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<sup>re</sup> administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (*calcitonin gene related peptide; CGRP*) ou sur son récepteur.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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.

### 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.

### GALANTAMINE (bromhydrate de) :

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

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

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

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

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

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

- score au MMSE de 10 ou plus, à moins d'une justification pertinente;
- diminution maximale du score au MMSE de 3 points par période de 6 mois comparativement à l'évaluation antérieure ou une baisse supérieure accompagnée d'une justification pertinente;

- stabilisation ou amélioration des symptômes dans un ou plusieurs des domaines suivants :
  - fonctionnement intellectuel, incluant la mémoire;
  - humeur;
  - comportement;
  - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
  - interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

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

#### GALCANÉZUMAB :

- pour le traitement prophylactique des migraines chez les personnes ayant au moins 4 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society :
  - en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 3 médicaments prophylactiques appropriés, dont au moins 1 antidépresseur tricyclique, 1 anticonvulsivant et 1 antihypertenseur, 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 les demandes 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<sup>re</sup> administration d'un agent agissant sur le peptide lié au gène de la calcitonine (*calcitonin gene related peptide*; CGRP) ou sur son récepteur.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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.

#### GEFITINIB :

- pour le traitement de 1<sup>re</sup> intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique, présentant une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR 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.

#### ★ 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.

## ANNEXE IV

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 120 mg par jour.

### GIVOSIRAN :

- ♦ pour le traitement prophylactique de la porphyrie hépatique aigüe (PHA) chez les personnes :
  - ayant un diagnostic de porphyrie aigüe intermittente (PAI), porphyrie par déficit en acide delta-aminolévulinique déshydratase (PDA), coproporphyrine héréditaire (CPH) ou porphyrie variegata (PV), avec mutation pathogénique confirmée ou en présence de paramètres biochimiques et cliniques cohérents; et
  - présentant des taux urinaires de porphobilinogène (PBG) et d'acide delta aminolévulinique (delta-ALA) au moins quatre fois plus élevés que les limites supérieures à la normale (LSN) ou présentant un taux urinaire de delta-ALA au moins quatre fois plus élevé que la LSN si ces personnes sont atteintes de PDA; et
  - ayant eu au moins 4 crises de porphyrie dans les 12 derniers mois qui ont mené à une hospitalisation, une consultation médicale d'urgence ou l'administration d'héméine 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'héméine par voie intraveineuse ou des manifestations cliniques.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison d'une dose maximale de 2,5 mg/kg une fois par mois.

### GLATIRAMÈRE (acétate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

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

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

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

**GLATIRAMÈRE (acétate de) (GLATECT) :**

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

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

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

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

**GLÉCAPRÉVIR / PIBRENTASVIR :**

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC et qui ne présentent pas de cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, 2, 4, 5 ou 6, qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un traitement à base d'interféron alfa pégylé ou à base de sofosbuvir, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A, ni un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes sans cirrhose et pour une période maximale de 12 semaines chez les personnes qui présentent une cirrhose compensée (score Metavir de F4 ou équivalent).

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 3, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à une association ribavirine/interféron alfa pégylé ou à une association sofosbuvir/ribavirine, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A, ni par un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 16 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un inhibiteur de la protéase NS3/4A, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéine NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

## ANNEXE IV

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1, ne présentant pas de cirrhose décompensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique à un inhibiteur de la protéine NS5A, mais n'ayant jamais été traitées par un inhibiteur de la protéase NS3/4A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 16 semaines.

### GLIMÉPIRIDE :

- ♦ lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace.

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

### GLYCÉRINE, Supp. :

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

### GLCOPYRROLATE :

- ♦ 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) :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave et de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde. Dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde, le méthotrexate doit être utilisé en concomitance.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif pour la polyarthrite rhumatoïde seulement;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun.

Pour la polyarthrite rhumatoïde, 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.

Pour l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 50 mg par mois.

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

Lors de 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

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

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

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 50 mg par mois.

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

- 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 sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

## ANNEXE IV

- 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 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.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 50 mg par mois.

### GOLIMUMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison 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) :

- ♦ en association avec un psychostimulant, pour le traitement des enfants et des adolescents ayant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la condition avec le méthylphénidate et une amphétamine utilisés en monothérapie.

Avant de conclure à l'efficacité sous-optimale de ces médicaments, ils doivent avoir été titrés à doses optimales.

#### GUSELKUMAB :

- ♦ 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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

## ANNEXE IV

- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrépine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitemetnt.

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

Les autorisations pour le guselkumab sont données à raison de 100 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 8 semaines par la suite.

### 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<sup>re</sup> intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :

- qui ont reçu au moins 1 traitement à base de rituximab;  
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 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.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 560 mg.

#### ICATIBANT (acétate d') :

- ♦ pour le traitement des crises aigües 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 aigüe 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).

## ANNEXE IV

### 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'idéralisib et le rituximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

### IMATINIB (mésylate d') :

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase blastique ou accélérée.
- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la leucémie lymphoblastique aiguë avec chromosome de Philadelphie positif, réfractaire ou récidivante chez qui une transplantation de cellules souches est prévisible.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'une réponse hématologique.

- ◆ pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif, 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 récidive.

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<sup>er</sup> 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<sup>e</sup> traitement de 16 semaines.

**INCOTONUMTOXINA :**

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

**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  $\beta_2$  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. Par exacerbation, on entend une aggravation des symptômes d'asthme nécessitant des soins médicaux, une visite à l'urgence ou une hospitalisation et requérant l'usage d'un corticostéroïde oral.

**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 permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois. Lors de la demande subséquente, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Il est à noter que cette association (agoniste  $\beta_2$  à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste  $\beta_2$  à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

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.

**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.

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

#### ANNEXE IV

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> 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.

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 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.

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison 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<sup>e</sup> semaine.

#### INFILIXIMAB :

- ♦ 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

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

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un 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.

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 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.

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison 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<sup>e</sup> semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est  $\geq 4$  sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :
  - 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 sera autorisée pour une période maximale de 5 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 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.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6, puis aux 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
  - lorsqu'un traitement avec un anti-TNF $\alpha$  figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas permis 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 pathologie.

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

## ANNEXE IV

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 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.

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

Pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde, les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis aux 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
  - lorsqu'un traitement avec un anti-TNF $\alpha$  figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas permis 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 pathologie.

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

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

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis aux 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrépine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données pour un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis aux 8 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.

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 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.

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

♦ 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.

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 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.

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

## ANNEXE IV

### INOTERSEN :

- ♦ 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 Functionnal 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 284 mg d'inotersen par injection hebdomadaire.

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 l'inotersen n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

### 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 fournit 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 fournit 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.

#### INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. (ser) :

- ♦ Les personnes ayant présenté une première poussée clinique aigüe de démyélinisation documentée sont admissibles à la continuation du paiement de l'interféron bêta-1a (Rebif<sup>MC</sup>), 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 fournit 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.

## ANNEXE IV

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 fournit 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 fournit 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 ≤ 35 %; et
  - qui sont en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est de 77 battements par minute ou plus; et
  - qui ont été hospitalisées, ont eu une consultation à l'urgence ou dans une clinique d'insuffisance cardiaque, en raison d'une aggravation de leur insuffisance cardiaque, dans les 12 derniers mois; et
  - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant et un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

**IVACAFTOR :**

- ♦ pour le traitement de la fibrose kystique chez les personnes :
  - porteuses de la mutation G551D du gène codant pour la protéine CFTR; et
  - dont la fonction pulmonaire est altérée au point de nuire gravement aux activités de la vie quotidienne et dont la meilleure valeur du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) se détériore par rapport à celle des deux années précédentes.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve des effets cliniques bénéfiques définis par :

- une amélioration ou une stabilisation du VEMS; et
- des répercussions positives sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou une diminution des exacerbations (surinfections).

Les autorisations sont données pour une dose biquotidienne d'ivacaftor de 150 mg.

**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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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

#### ANNEXE IV

- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitritéline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitemet.

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

Les autorisations pour l'ixekizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8, 10, 12 puis 80 mg aux 4 semaines.

- ♦ 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 l'un des 4 éléments suivants :
    - des érosions au 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 avec 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'ixekizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, suivies de 80 mg toutes les 4 semaines.

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

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'ixekizumab 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 anticonvulsifs 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.

## ANNEXE IV

### 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 fournit 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.

### 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.

#### LÉNALIDOMIDE :

- ♦ pour le traitement de l'anémie causée par un syndrome myélodysplasique (SMD) à risque faible ou intermédiaire-1 selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic du SMD) accompagné d'une anomalie cytogénétique 5q de suppression.

L'anémie est ici caractérisée par un taux d'hémoglobine inférieur à 90 g/L ou une dépendance transfusionnelle.

À chaque demande, le prescripteur doit fournir un résultat récent du taux d'hémoglobine de la personne concernée ainsi que l'historique de ses transfusions sanguines des 6 derniers mois.

#### Lors des demandes pour la poursuite du traitement :

- dans le cas d'une personne avec une dépendance transfusionnelle avant le début du traitement, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par :
  - une réduction d'au moins 50 % des transfusions sanguines par rapport au début du traitement.
- dans le cas d'une personne sans transfusion sanguine au cours des 6 mois précédant le début du traitement, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par :
  - une hausse du taux d'hémoglobine d'au moins 15 g/L par rapport au taux observé avant le début du traitement;
  - et
  - le maintien de l'indépendance transfusionnelle.

La durée de chaque autorisation est de 6 mois.

#### ANNEXE IV

- ♦ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de 1<sup>re</sup> intention du myélome multiple symptomatique, chez les personnes :

- qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;  
et
- dont le statut de performance 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, définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

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 la dexaméthasone, pour le traitement de 2<sup>e</sup> intention ou plus du myélome multiple réfractaire ou récidivant 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, définie par les critères de l'International Myeloma Working group.

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 lénilidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortézomib.

- ♦ en association avec la dexaméthasone, pour la poursuite du traitement du myélome multiple récidivant chez les personnes :

- dont la maladie n'a pas progressé pendant ou à la suite d'un traitement de 18 cycles combinant le carfilzomib, la lénilidomide et la dexaméthasone;  
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 définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

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, 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 précédent 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.

## ANNEXE IV

- ◆ 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 microsatellite 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 cytomégavirus (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.

★ 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/m<sup>2</sup> 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<sub>1c</sub>) 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<sub>1c</sub> 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 des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) confirmée par génotypage ou par phénotypage :

- lors d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité à au moins 2 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales;  
et
- en association avec un traitement d'aphérèse des lipoprotéines de basse densité (LDL) à moins que l'accès à un centre d'aphérèse soit particulièrement difficile.

Le phénotypage est défini par les trois éléments suivants :

- une concentration du cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) de plus de 13 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 de base.

Les autorisations pour le lomitapide sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 60 mg.

## ANNEXE IV

### LORLATINIB :

- ♦ 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
  - qui n'ont jamais eu d'échec avec un inhibiteur du 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.

### 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 m<sup>2</sup>/24 h ; ou
  - un rapport oxalate/créatinine urinaire supérieur à la limite supérieure de la valeur normale (LSN) en fonction de l'âge dans au moins 2 mictions ; ou
  - un taux d'oxalate plasmatique d'au moins 20 µmol/l.
- et
- ne doit pas avoir eu de greffe de foie.

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

Lors des demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve des effets bénéfiques par un des éléments suivants :

- un taux d'excrétion urinaire d'oxalate inférieur ou égal à 1,5 x LSN (taux d'excrétion urinaire d'oxalate sur 24 heures corrigé en fonction de la surface corporelle ou rapport oxalate/ créatinine urinaire) ;
- une réduction du taux d'oxalate plasmatique, par rapport à la valeur de base.

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

Dans la demande d'autorisation initiale ainsi que dans celles de poursuite de traitement, le prescripteur devra documenter les taux urinaire ou plasmatique d'oxalate, le débit de filtration glomérulaire estimé ainsi que la présence de symptômes (calculs rénaux, manifestations d'oxalose systémique).

Le traitement doit être arrêté si le patient a reçu une greffe de foie ou présente une perte de réponse, définie comme une augmentation persistante des taux d'oxalate urinaire ou plasmatique à la suite d'une réponse satisfaisante.

#### LUSPATERCEPT :

- ♦ pour le traitement des adultes présentant une anémie associée à une bêta(β)-thalassémie.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic confirmé de bêta thalassémie (y compris un diagnostic d'hémoglobine E/β-thalassémie ou de β-thalassémie combinée à l'alpha[α]-thalassémie); et
- doit nécessiter des transfusions régulières de globules rouges définies par ≥ 6 culots de globules rouges transfusés et sans période d'indépendance aux transfusions de > 35 jours pendant les 24 semaines précédant le début du traitement; et
- ne doit pas être atteinte d'hémoglobine S/β-thalassémie ou d'α-thalassémie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 1,25 mg/kg de luspatercept toutes les 3 semaines.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction de ≥ 4 culots de globules rouges transfusés pendant une période de 24 semaines par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement avec le luspatercept.

- ♦ pour le traitement des adultes présentant une anémie associée à un syndrome myélodysplasique.

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir un diagnostic confirmé de syndrome myélodysplasique de risque très faible à intermédiaire avec sidéroblastes en couronne selon l'IPSS-R (*Revised International Prognostic Scoring System*); et
- doit nécessiter des transfusions régulières de globules rouges, définies par ≥ 2 culots de globules rouges transfusés et sans période d'indépendance aux transfusions de plus de 56 jours pendant les 16 semaines précédant le début du traitement; et
- doit présenter un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2 inclusivement; et
- ne doit pas remplir les critères diagnostiques 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.

## ANNEXE IV

### 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/ $\mu$ L;  
et
  - pour qui l'utilisation du maraviroc est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

★•MARIBAVIR :

- ♦ pour le traitement des personnes greffées atteintes d'une infection ou maladie à cytomégalovirus réfractaire avec ou sans résistance à au moins un traitement antiviral administré antérieurement.

MAVACAMTEN :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de cardiomyopathie hypertrophique obstructive (CMHo) symptomatique de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) :

- qui présentent un pic du gradient de la chambre de chasse du ventricule gauche (CCVG)  $\geq 50$  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 précédent le début du traitement; et
- une diminution du pic du gradient de la CCGV 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.

## ANNEXE IV

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 métholizumab.

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 précédent 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  $\beta_2$  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 précédent le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave.

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

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

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

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

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

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer du maintien des effets bénéfiques du traitement par le mépolizumab 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 d'entretien de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave chez les adultes :
  - dont la présence de polypes nasaux bilatéraux est confirmée par endoscopie ou tomodensitométrie; et
  - ayant eu besoin d'au moins une 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 au questionnaire SNOT-22 (Sino-nasal outcome test) et le score de polyposé nasale (SPN) déterminé par endoscopie, tous deux 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 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 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.

## ANNEXE IV

### 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.

### 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.

### MIRIKIZUMAB :

- ♦ 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir 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.

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

#### 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.

#### NATALIZUMAB :

- ♦ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente avec un score sur l'échelle EDSS ≤ 5 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 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 (myéloïte).

## ANNEXE IV

### ★ 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<sup>re</sup> intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique ou 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 prédictive;
  - et
  - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédictive 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 prédictive, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les derniers 12 mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédictive, diminue de 10 % ou plus en valeur absolue sur une période de 12 mois, le traitement doit être arrêté.

- ♦ pour le traitement des maladies pulmonaires interstitielles fibrosantes chroniques à phénotype progressif, autres que la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les adultes ayant :
  - de la fibrose pulmonaire confirmée par tomodensitométrie à haute résolution ou par une biopsie; et
  - une capacité vitale forcée (CVF) de 45 % ou plus de la valeur prédictive;
  - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 à 79 % de la valeur prédictive corrigée pour l'hémoglobine;
  - et
  - un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir la preuve de la progression de la maladie définie par au moins un des événements suivants survenus dans les 24 derniers mois, soit :

- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédictive, d'au moins 10 % en valeur relative;
- une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédictive, 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 prédictive, de 5 % à moins de 10 % en valeur relative et une augmentation de l'étendue de la fibrose confirmée par tomodensitométrie;
- une aggravation des symptômes pulmonaires et une augmentation de l'étendue de la fibrose pulmonaire confirmée par tomodensitométrie.

L'autorisation initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes de poursuite de traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de détérioration de l'état du patient. La détérioration est définie par une diminution de la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédictive, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les 12 derniers mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédictive, 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 :
  - porteuses d'un variant pathogène germinal ou somatique d'un gène BRCA;
  - et
  - pour qui la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée;
  - et
  - n'ayant pas reçu d'abiratérone 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 (germinal ou somatique);
  - 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 médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

## ANNEXE IV

Il est à noter que l'association niraparib/abiratérone n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la synthèse des androgènes, d'un inhibiteur du récepteur des androgènes de seconde génération ou d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérases, si ceux-ci ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

### NIRAPARIB (tosylate de) :

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien du cancer épithelial 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;
  - 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 épithelial 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 précédent le 1<sup>er</sup> juin 2015.

#### 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.

#### OFATUMUMAB :

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

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

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

#### OLAPARIB :

- ♦ pour le traitement d'entretien du cancer épithelial 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.

#### ANNEXE IV

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 épithélioïde 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<sup>e</sup> 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) polymérasases 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 récidive est élevé. Le risque élevé est défini par l'absence de réponse pathologique complète et un score CPS-EG  $\geq 3$  à la suite de la chimiothérapie néoadjuvante ou par l'atteinte pathologique de  $\geq 4$  ganglions avant l'amorce de la chimiothérapie adjuvante;
  - et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

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

L'olaparib doit être amorcé au cours des 12 semaines suivant la fin du dernier traitement parmi la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie.

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

- ♦ En monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, négatif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes porteuses d'une mutation germinale d'un gène BRCA :
  - dont le cancer a été complètement réséqué et n'est pas considéré comme étant résistant aux inhibiteurs de la PARP;
  - et
  - qui ont terminé les traitements de radiothérapie, si prescrits, et au moins 6 cycles de chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante à base d'anthracycline ou de taxane depuis au moins 3 semaines;
  - et
  - dont le risque de récidive 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.

## ANNEXE IV

- ♦ en association avec l'abiratérone et la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :

- porteuses d'un variant pathogène germinal ou somatique d'un gène *BRCA*; et
- pour qui la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée; et
- n'ayant pas reçu d'abiratérone 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* (germinal ou somatique); et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter que l'association olaparib/abiratérone 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.

### 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 permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois. Lors de la demande subséquente, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Il est à noter que cette association (agoniste  $\beta_2$  à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste  $\beta_2$  à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

### 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 de la demande 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.
- ♦ 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.

#### **★ 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.

- ♦ pour le traitement de 1<sup>re</sup> intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique présentant une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR et dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 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.

## 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.

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 du cancer du poumon non à petites cellules.

♦ 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<sup>e</sup> 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 récidive de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 36 mois.

### 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<sup>er</sup> 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.

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 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.

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

**PALBOCICLIB :**

- ♦ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, pour le traitement de 1<sup>re</sup> 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 récidive 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 à 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.

## 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 DE POLYESTER ET RAYONNE :

- ◆ 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.

**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 récidive 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.

## ANNEXE IV

### 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 récidive 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 récidive 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.

**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.

## ANNEXE IV

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 1<sup>re</sup> intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, 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, 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 avec un inhibiteur du complément C5 depuis au moins 3 mois et qui n'obtiennent pas une réponse adéquate, tel que 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 première 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 une diminution de l'anémie causée par l'hémolyse corroborée par une augmentation de la concentration sérique d'hémoglobine par rapport à la concentration sérique avant le début du traitement. Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison d'une 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 pour laquelle le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne par un inhibiteur du complément C5 a dû être repris.

### ★ PEGFILGRASTIM :

- ♦ pour le traitement des personnes recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive ( $\geq 40$  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 de neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/l$ ) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de 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.

**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  $35 \text{ mL/min}$ ).

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  $600 \text{ mg}$  par jour ( $\text{Hb} < 80 \text{ g/L}$  ou  $< 100 \text{ g/L}$  si comorbidité de type maladie cardiaque athérosclérotique);
  - soit chez les personnes qui ont développé une intolérance grave à la ribavirine : apparition d'une allergie, d'un rash cutané incapacitant ou d'une dyspnée à l'effort invalidante.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'hépatite B chronique HBeAg-négatif. La demande est autorisée pour une durée maximale de 48 semaines.

**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 anticrisées 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 anticrisées 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.

## ANNEXE IV

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<sup>er</sup> 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 prédictive;  
et
  - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédictive 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 prédictive, de 10 % ou plus en valeur absolue, dans les derniers 12 mois.

Lorsque la CVF, exprimée en pourcentage de la valeur prédictive, 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 pifénidone 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.

**POMALIDOMIDE :**

- ♦ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de troisième 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 avec le bortézomib et la lémalidomide, 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 définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

L'autorisation est donnée pour une dose 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 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.

## ANNEXE IV

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.

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, 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<sup>er</sup> 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.

- ♦ 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 de façon concomitante avec l'aflibercept 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 de façon concomitante avec l'aflibercept pour traiter le même œil.

#### RASAGILINE (mésylate de) :

- ♦ pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie.

## ANNEXE IV

### 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'éculizumab 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 fournit la preuve d'un bon contrôle des symptômes de la maladie avec l'éculizumab. 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 première 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 utilisé pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne. L'utilisation du ravulizumab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement avec le pegcétacoplan.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne symptomatique ayant reçu une autorisation de paiement pour un inhibiteur du complément C3 selon l'indication reconnue, mais ayant dû cesser le traitement en raison d'une intolérance, d'une contre-indication, d'une difficulté d'administration, d'une absence d'effet clinique bénéfique, ou en raison d'une grossesse ou d'autres circonstances pour laquelle le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne par un inhibiteur du complément C5 a dû être repris.

La première 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.

L'utilisation du ravulizumab en concomitance avec le pégécétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement avec le ravulizumab.

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 tout 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 utilisé pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne.

- ♦ 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  $< 0,05 \text{ g/l}$  ou présence de schizocytes au frottis), à moins d'une confirmation par biopsie; et
  - d'une valeur de créatinine sérique  $\geq \text{LSN}$ ; 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 fournit 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.

## ANNEXE IV

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel :

- pour les personnes de  $\geq 5$  kg et  $< 10$  kg : 600 mg au jour 1, puis 300 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de  $\geq 10$  kg et  $< 20$  kg : 600 mg au jour 1, puis 600 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de  $\geq 20$  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  $\geq 30$  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  $\geq 40$  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  $\geq 60$  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  $\geq 100$  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.

### 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 familier ou d'effectuer des activités liées à ses habitudes de vie ou à ses rôles sociaux.

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

### RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG :

- ♦ 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.

#### 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 péri-ménopause 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 récidive 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 à 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.

## ANNEXE IV

- ♦ 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 récidives d'encéphalopathie hépatique chez les personnes cirrhotiques pour qui le lactulose pris de façon optimale n'a pas permis de prévenir adéquatement la survenue d'épisodes manifestes.

À moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication, le lactulose doit être administré en concomitance.

### RILUZOLE :

- ♦ pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients présentant des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans, une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédictive et non trachéotomisés.

Lors de la demande initiale (nouveau cas), le prescripteur doit indiquer la date du début des symptômes de la maladie, la mesure de la capacité vitale et confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée initiale maximale de l'autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes subséquentes, et chez les patients déjà sous traitement, le prescripteur doit confirmer l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une trachéotomie.

### RIOCIGUAT :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique de classe fonctionnelle II ou III de l'OMS, qu'elle soit inopérable ou encore persistante ou récurrente après un traitement chirurgical.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins œuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

#### RIPRÉTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale localement avancée non résécable ou métastatique, chez les personnes :
  - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'un traitement par l'imatinib, le sunitinib et le régorafenib, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication; et
  - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Les autorisations pour le riprétinib sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg par jour.

#### RISANKIZUMAB (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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concurrence ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitemen.

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

Les autorisations pour le risankizumab sont données à raison de 150 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines par la suite.

## ANNEXE IV

### 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

Les autorisations pour 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 :

- être âgée de 2 mois ou plus;  
et
- présenter deux, trois ou quatre copies du gène *SMN2*;  
et
- présenter des symptômes de la maladie;  
et
- ne pas dépendre d'une ventilation permanente. La ventilation permanente est définie par le recours à une assistance respiratoire (invasive ou non invasive) de 16 heures ou plus par jour, pendant plus de 21 jours consécutifs, sauf si elle est liée à un épisode aigu réversible;  
et
- avoir cessé le nusinersen, le cas échéant;  
et
- ne pas avoir été traitée par l'onasemnogène abéparvovéc.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 5 mg par jour. La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les personnes ayant reçu le risdiplam ne peuvent pas recevoir le nusinersen par la suite.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer l'absence de détérioration significative des fonctions neuromotrices, soit :

- l'absence de ventilation permanente;  
et
- l'absence d'une alimentation exclusivement par voie nasogastrique ou par gastrostomie;  
et
- une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale.

#### 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.

Lors de la demande initiale :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNF $\alpha$ ) inscrit sur les listes de médicaments comme traitement biologique de première intention de la polyarthrite rhumatoïde, ou encore avec un agent biologique possédant un mécanisme d'action différent, inscrit aux mêmes fins, et ce, en cas d'intolérance ou de contre-indication sérieuses aux anti-TNF $\alpha$ .

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir 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 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.

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées pour une période minimale de 12 mois et pour un maximum de 2 traitements.

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

### ★ RIVAROXABAN, 10 mg :

- ◆ pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie du genou.

La durée maximale de l'autorisation est de 14 jours.

- ◆ pour la prévention de la thromboembolie veineuse à la suite d'une arthroplastie de la hanche.

La durée maximale de l'autorisation est de 35 jours.

### ★ RIVAROXABAN, 15 mg et 20 mg :

- ◆ pour le traitement des personnes présentant une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).

Les autorisations sont données à raison d'une dose biquotidienne de 15 mg pendant les 3 premières semaines de traitement, suivie d'une dose quotidienne de 20 mg.

La durée maximale de l'autorisation pour le traitement de la thrombose veineuse profonde est de 6 mois.

- ◆ 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.

### 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.

#### ROMOSOZUMAB :

- ♦ 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 tériparatide, 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<sup>er</sup> 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.

#### RUFINAMIDE :

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

## ANNEXE IV

### 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.

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 ≤ 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<sup>MC</sup> 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<sup>er</sup> octobre 2003.

## ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
  - ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. 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 une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association; ou
  - dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande subséquente, pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations, l'autorisation pourra être accordée si le prescripteur considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. Pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatische, le prescripteur devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Il est à noter que cette association (agoniste  $\beta_2$  à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste  $\beta_2$  à longue action seul ou avec une association d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

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 précédent 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  $\mu\text{mol/l}$  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.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le sarilumab sont données à raison d'une dose maximale de 200 mg à toutes les 2 semaines.

#### SATRALIZUMAB :

- ♦ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyélite 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.

## ANNEXE IV

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur 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 (HbA<sub>1c</sub>) 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 (HbA<sub>1c</sub>) 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitretine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour le sécukinumab sont données à raison de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis à tous les mois. Toutefois, pour les personnes de 90 kg ou plus, en cas de réponse sous optimale, une augmentation de la dose à 300 mg toutes les 2 semaines à partir de la 16e semaine de traitement est permise. Dans ce cas, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 6 mois, après quoi, le prescripteur devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose pour le renouvellement des autorisations subséquentes, qui seront d'une durée maximale de 12 mois.

- ♦ 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 l'un des 4 éléments suivants :
    - des érosions au 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 avec 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.

## ANNEXE IV

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le sécukinumab sont données pour un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis à tous les mois.

- ♦ 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 avec 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour le sécukinumab sont données pour un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis à tous les mois.

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

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

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour le sécukinumab sont données pour un maximum de 150 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, suivi d'un maximum de 300 mg tous les mois.

#### 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.

#### 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;

## ANNEXE IV

- 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 sélumétiolib est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur MEK, si celui-ci a été administré pour le traitement de la NF1.

### SÉMAGLUTIDE, Sol. Inj. S.C. :

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

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

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

### SÉMAGLUTIDE, Co. :

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

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 14 mg.

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

**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.

## ANNEXE IV

### SITAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
  - lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;  
et
  - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.  
Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

### SOFOSBUVIR :

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 :
  - qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC;  
ou
  - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;  
ou
  - qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 3 :
  - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;  
ou
  - qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

### SOFOSBUVIR / VELPATASVIR :

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique avec cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

### SOFOSBUVIR / VELPATASVIR / VOXILAPRÉVIR :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique, qui ne présentent pas de cirrhose décompensée, infectées par :

- le génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement contenant un inhibiteur de la NS5A;  
ou
- le génotype 1, 2, 3 ou 4 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement à base de sofosbuvir, mais sans d'inhibiteur de la NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

#### SOMATOTROPHINE :

- ♦ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25<sup>e</sup> 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 insulinaire; 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<sup>e</sup> 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.

## ANNEXE IV

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance :

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
  - sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
  - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).
- ♦ pour le traitement du syndrome de Turner :
- le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
  - sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
  - sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SOMATOTROPHINE – retard de croissance lié à l'insuffisance rénale :

- ♦ pour le traitement des enfants et adolescents présentant un retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale s'ils répondent aux critères suivants :
- croissance non terminée, taux de filtration glomérulaire  $\leq 1,25 \text{ mL/s}/1,73 \text{ m}^2$  ( $75 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$ ) et score Z (HSDS)  $\leq -2$  écarts-type (score Z = taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe) ou  $\Delta$  score Z (HSDS)  $< 0$  écart-type lorsque la taille est plus petite que le 10<sup>e</sup> 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  $\Delta$  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.

**STIRIPENTOL :**

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Dravet, en association avec le clobazam et le valproate, à moins d'intolérance sérieuse à l'un de ces médicaments.

**SUNITINIB (malate de) :**

- ♦ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2 :

- n'ayant pas répondu au traitement par l'imatinib (résistance primaire);  
ou
- dont le cancer a évolué après avoir manifesté une réponse initiale à l'imatinib (résistance secondaire);  
ou
- qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ♦ pour le traitement de 1<sup>re</sup> intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, 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 confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ♦ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 6 mois.

Il est à noter que le sunitinib n'est pas autorisé en association avec l'évérolimus, ni à la suite d'un échec avec l'évérolimus si celui-ci a été administré pour le traitement de tumeurs neuroendocrines pancréatiques.

**TACROLIMUS, Pom. Top. :**

- ♦ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement avec un corticostéroïde topique.

## ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage.

### TADALAFIL :

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

Les autorisations seront données à raison de 40 mg une fois par jour.

### TAFAMIDIS :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir une confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère;  
et
- doit avoir un diagnostic confirmé par :
  - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;  
ou
  - un test génétique;  
et
- doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;  
et
- ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 61 mg de tafamidis une fois par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que la cardiomyopathie de son patient ne correspond pas à la classe IV de la NYHA. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une cardiomyopathie de classe IV de la NYHA.

Il est à noter que le tafamidis et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

### TAFAMIDIS MÉGLUMINE :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à transthyrétine (ATTR-CM).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir une confirmation de l'absence d'amylose à chaîne légère;  
et
- doit avoir un diagnostic confirmé par :
  - scintigraphie osseuse ou par biopsie cardiaque;  
ou
  - un test génétique;  
et
- doit présenter des antécédents médicaux d'insuffisance cardiaque incluant une hospitalisation antérieure ou des manifestations cliniques qui ont nécessité un traitement avec un diurétique;  
et
- ne doit pas être atteinte d'insuffisance cardiaque de classe IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 80 mg de tafamidis méglumine une fois par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que la cardiomyopathie de son patient ne correspond pas à la classe IV de la NYHA. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une cardiomyopathie de classe IV de la NYHA.

Il est à noter que le tafamidis et le tafamidis méglumine ne sont pas autorisés en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyréotide.

#### 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.

#### 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.

## ANNEXE IV

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  $\beta_2$  à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;  
et
  - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

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

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

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

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

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;  
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;  
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;  
ou

- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;  
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 210 mg toutes les 4 semaines.

#### **THALIDOMIDE :**

- ♦ en association avec le melphalan et la prednisone, pour le traitement de première intention du myélome multiple, chez des personnes non candidates à la greffe de cellules souches.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

Il est à noter que la thalidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortézomib.

#### **★ TICAGRÉLOR :**

- ♦ lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique.

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

#### **★ TIGÉCYCLINE :**

- ♦ pour le traitement des infections compliquées cutanées polymicrobiennes prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) :
  - nécessitant une antibiothérapie ciblant simultanément le SARM et les bactéries Gram négatif; et
  - lorsque la vancomycine en combinaison avec un autre antibiotique est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.
- ♦ pour le traitement des infections compliquées intra-abdominales, en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance à un traitement de première intention.

#### **TILDRAKIZUMAB :**

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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

## ANNEXE IV

- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitrépine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour le tildrakizumab sont données à raison de 100 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines.

### TIPRANAVIR :

- ♦ 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 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 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 pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre l'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/ $\mu$ L; et
- pour qui l'utilisation du tipranavir est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

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.

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un 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.

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 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.

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

Les autorisations pour 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.

Lors de 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 l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication;
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données 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.

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

- la personne doit avoir eu, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et l'un 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 une 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.

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 :

- 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.

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données 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.

Lors de 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 l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> 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.

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 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.

## ANNEXE IV

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données 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, Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

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

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le tocilizumab Sol. Inj. S.C. sont données 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 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.

Lors de 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 l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> 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 avec 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données 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.

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

- la personne doit avoir eu, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et l'un 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 une 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.

#### ANNEXE IV

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 :

- 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.

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

Les autorisations pour le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données 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.

Lors de 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 l'un 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 avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m<sup>2</sup> 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données 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.

**TOCOPHÉRYLE (acétate de dl-alpha) :**

- ♦ pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E.

**TOFACITINIB (citrate de) :**

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

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

- ♦ 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.

## ANNEXE IV

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 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.

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

### 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 récidive 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 tramétilinib 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.

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.

## ANNEXE IV

### 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, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

### UPADACITINIB (15 mg) :

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

Lors de 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 l'un des 5 éléments suivants :
  - un facteur rhumatoïde positif;
  - des érosions au 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 avec 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, l'un 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'upadacitinib sont données à raison de 15 mg une fois par jour.

- ♦ 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 l'un des 4 éléments suivants :
    - des érosions au 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;
  - la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'upadacitinib sont données à raison de 15 mg une fois par jour.

- ♦ 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 avec 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.

## ANNEXE IV

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'upadacitinib sont données à raison de 15 mg une fois par jour.

- ♦ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
  - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;  
et
  - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins deux corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et un inhibiteur de la calcineurine topique;  
et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 un agent de rémission systémique, utilisé pendant une période minimale de 4 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuse.

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.

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 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 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 ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

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

Les autorisations pour 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.

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 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.

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

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est  $\geq 4$  sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage d'un agent biologique inscrit sur les listes de médicaments pour soigner cette maladie n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- 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.

- 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 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.

Les demandes de poursuite de traitement seront autorisées pour des périodes maximales de 12 mois.

Les autorisations pour l'upadacitinib sont données pour 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

## 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
  - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins deux corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et un inhibiteur de la calcineurine topique; et
  - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 un agent de rémission systémique, utilisé pendant une période minimale de 4 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuse.

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.

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 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 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 ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

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

Les autorisations pour 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.

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 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.

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

- ♦ 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

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.

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 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.

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

- ♦ 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et

## ANNEXE IV

- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis 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 avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, 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'acitritéline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La 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 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 niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraiteme nt.

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

Les autorisations pour l'ustekinumab sont données pour une dose de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

Toutefois, en cas de réponse sous-optimale, une intensification de la fréquence d'administration toutes les 8 semaines peut être autorisée après au moins 6 mois de traitement toutes les 12 semaines. Dans ce cas, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 6 mois, après quoi le prescripteur devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose pour le renouvellement des autorisations subséquentes, qui seront d'une durée maximale de 12 mois.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave :
  - lorsque les anti-TNF $\alpha$  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 première autorisation de l'ustekinumab sont les mêmes que celles lors de l'instauration d'un traitement avec les anti-TNF $\alpha$  excluant l'infliximab, et ce, en tenant compte qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique;  
ou
  - lorsqu'un traitement avec un anti-TNF $\alpha$  figurant dans la Liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions n'a pas permis un contrôle optimal de celle-ci ou n'a pas été toléré. L'anti-TNF $\alpha$  doit avoir été utilisé conformément aux indications qui lui sont reconnues dans cette Liste pour cette pathologie, et ce, en tenant compte 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.

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 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;
  - un retour au travail.

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

Les autorisations pour l'ustekinumab sont données pour une dose 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 (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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

#### 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.

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 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.

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

- ♦ 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

## ANNEXE IV

### 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.

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 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.

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

Les autorisations pour le vedolizumab sont données à raison 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

Le vedolizumab est autorisé à raison de 3 doses de 300 mg administrées aux semaines 0, 2 et 6 puis d'un maximum de 300 mg toutes les 8 semaines.

### VEDOLIZUMAB, Sol. Inj. S.C. :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave.

Les autorisations de vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins deux 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.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique, 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.

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

La demande pour le vedolizumab sous-cutanée sera autorisée à raison de 108 mg toutes les deux semaines.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les autorisations de vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins deux 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.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

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

Le vedolizumab est autorisé à raison de 108 mg toutes les deux semaines.

#### VÉMURAFÉNIB :

- ♦ en association avec le cobimétiuib, 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 vémurafénib, en association avec le cobimétiuib, 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 résécable 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 fournit 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.

## ANNEXE IV

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.

### 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 (iSGLT2), 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'histoplasmose 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 deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. 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 une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association; ou

- dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande subséquente, pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations, l'autorisation pourra être accordée si le prescripteur considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. Pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatische, le prescripteur devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100MCg de furoate de fluticasone.

Il est à noter que cette association (agoniste  $\beta_2$  à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste  $\beta_2$  à longue action seul ou avec une association d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

- ♦ 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 permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois. Lors de la demande subséquente, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Il est à noter que cette association (agoniste  $\beta_2$  à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste  $\beta_2$  à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

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 deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. 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 une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association; ou
  - dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés avec une association d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation;

## ANNEXE IV

ou

- qui reçoivent déjà un agoniste  $\beta_2$  à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis un an ou moins.

L'autorisation initiale est donnée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande subséquente, le prescripteur devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100MCg de furoate de fluticasone.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes qui reçoivent déjà un agoniste  $\beta_2$  à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis plus d'un an.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 MCg de furoate de fluticasone.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste  $\beta_2$  à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

### 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.

### ★ 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 transthyréotide (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<sup>re</sup> 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.

#### 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.

#### ANNEXE IV

Sans égard aux indications de paiement énoncées ci-dessus, l'acide zolédrionique est couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédent 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.



**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 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;
    - 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 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;
    - 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 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 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<sup>e</sup> 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

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 :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que 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;
  - 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<sup>er</sup> 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 prétraitemet 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 ( $\geq 40$  p. cent de risque de neutropénie fébrile).
- ♦ pour le traitement des personnes à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.
- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.
- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à  $1,5 \times 10^9/L$ ) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.
- ♦ lors de chimiothérapie chez les enfants atteints de tumeur solide.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ .

- ♦ pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à  $0,5 \times 10^9/L$ ).
- ♦ pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.
- ♦ pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

**GLATIRAMÈRE (acétate de) (COPAXONE) :**

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<sup>e</sup> 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.

♦ 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 02251930	Lantus	SanofiAven	5	100 U/mL (3 mL) 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.

**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, 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.

#### ANNEXE IV.1

- ♦ 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 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 pour traiter le même œil.

- ♦ 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 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 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 œil.

#### 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 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 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.

#### TÉRIPARATIDE (FORTÉO) :

Sol. Inj. S.C				250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)	
02254689	Fortéo	Lilly	1	809,73	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 15 décembre 2021.

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui sont exposées à un risque élevé de fracture, c'est-à-dire :
  - dont le score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à -2,5; et
  - qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
    - une nouvelle fracture de fragilisation à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;  
ou
    - une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement chez les femmes avec un antécédent de fracture ostéoporotique, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois.

#### 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 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;
  - 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 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 une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;  
ou
  - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 45 mg aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.



ANNEXE 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 précédent le 15 décembre 2021.

### INSULINE ASPARTE (NovoRapid)

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02377209 02244353	NovoRapid Flex Touch NovoRapid Penfill	N.Nordisk N.Nordisk	5 5	50,79 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 02403412	Humalog Humalog KwikPen	Lilly Lilly	5 5	51,44 51,44	
----------------------	----------------------------	----------------	--------	----------------	--

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 3 mars 2021.

### PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj.

1,1 mg

01948970	Guêpe (Polistes Spp.)	Allergy	1	240,00	
----------	-----------------------	---------	---	--------	--

Pd. Inj.

3,3 mg

01948873	Vespidés combinés	Allergy	1	434,00	
----------	-------------------	---------	---	--------	--

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les six (6) mois précédent le 15 février 2017.

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	iTTest	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.



**LISTE DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS  
LA MÉTHODE DU PRIX LE PLUS BAS NE S'APPLIQUE PAS**

**28:28  
autres psychotropes**

lithium (carbonate de)

**36:26  
diabète sucré**

réactif quantitatif du glucose dans le sang

**36:88.40  
sucré**

réactif semi-quantitatif du glucose

**36:88.92  
divers**

réactif semi-quantitatif de l'acétone et du glucose

**56:36  
anti-inflammatoires gastro-intestinaux**

5-aminoacide (acide)

Co. Ent.

5-aminoacide (acide)

Co. L.A.

**68:18  
gonadotrophines**

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  
thyroïdiens**

lévothyroxine sodique

**84:92  
peau et muqueuses, divers**

hydrogel

**86:16  
respiratoires**

théophylline

Co. L.A.

**92:00**  
**autres médicaments**

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')  
diluant à l'albumine  
protéines de venin d'hyménoptères  
venins d'hyménoptères

**92:44**  
**Immunosuppresseurs**

cyclosporine

**médicaments d'exception**

capteur Dexcom G6  
capteur Dexcom G7  
capteur FreeStyle Libre  
capteur FreeStyle Libre 2  
émetteur Dexcom G6  
méthylphénidate (chlorhydrate de) Co. L.A. (12 h)  
pansement absorbant - chlorure de sodium  
pansement absorbant - fibres gélifiantes  
pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association  
pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne  
pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes  
pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association  
pansement antimicrobien – argent  
pansement antimicrobien – iodé  
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

- (N)** Médicament assujetti au Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041).
- (P)** Médicament de l'annexe F du Règlement sur les aliments et drogues.
- (C)** Drogue contrôlée faisant partie de la partie G du Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C., ch. 870).
- (TC)** Médicament assujetti 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**
- 4:04.04      dérivés éthanolamine  
4:04.16      dérivés pipérazine



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**4:04.04**

**DÉRIVÉS ÉTHANOLAMINE**

**DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)**

Sol. Inj.

00596612	<i>Diphenhydramine (chlorhydrate de) Diphenist</i>	Sandoz	1 ml	50 mg/mL PPB ►	4,04
02219336		Oméga	1 ml	►	4,04

**4:04.16**

**DÉRIVÉS PIPÉRAZINE**

**FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE) **

Caps.

02246082	<i>Flunarizine</i>	AA Pharma	60 100	5 mg 43,22 72,03	0,7203 0,7203
----------	--------------------	-----------	-----------	------------------------	------------------



## **8:00**

### **ANTI-INFECTIEUX**

<b>8:08</b>	<b>anthelmintiques</b>
<b>8:12</b>	<b>antibactériens</b>
8:12.02	aminosides
8:12.06	céphalosporines
8:12.07	divers bêta-lactames
8:12.12	macrolides
8:12.16	pénicillines
8:12.18	quinolones
8:12.20	sulfamidés
8:12.24	tétracyclines
8:12.28	autres antibactériens
<b>8:14</b>	<b>antifongiques</b>
8:14.04	allylamines
8:14.08	azoles
8:14.28	polyènes
<b>8:16</b>	<b>antimycobactériens</b>
8:16.04	antituberculeux
8:16.92	divers antimycobactériens
<b>8:18</b>	<b>antiviraux</b>
8:18.04	adamantanes
8:18.08	antirétroviraux
8:18.28	inhibiteurs de la neuraminidase
8:18.32	analogues des nucléosides et des nucléotides
8:18.92	divers antiviraux
<b>8:30</b>	<b>antiprotozoaires</b>
8:30.04	amoebicides
8:30.08	antipaludéens
8:30.92	divers antiprotozoaires
<b>8:36</b>	<b>anti-infectieux urinaires</b>



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**8:08**

**ANTHELMINTIQUES**

**MÉBENDAZOLE**

Co.

00556734	Vermax	Janss. Inc	6	100 mg 19,27	3,2117
----------	--------	------------	---	-----------------	--------

**PRAZIQUANTEL**

Co.

* 02230897	Biltricide	Bayer	4 6	600 mg 23,12 34,68	5,7800 5,7800
------------	------------	-------	--------	--------------------------	------------------

**PYRANTEL (PAMOATE DE)**

Co.

02380617	Jamp-Pyrantel Pamoate	Jamp	10	125 mg 11,62	1,1620
----------	-----------------------	------	----	-----------------	--------

Susp. Orale

02412470	Jamp-Pyrantel Pamoate Suspension	Jamp	30 ml	50 mg/mL 22,00	0,7333
----------	----------------------------------	------	-------	-------------------	--------

**8:12.02**

**AMINOSIDES**

**AMIKACINE (SULFATE D')**

Sol. Inj.

02481073	Amikacin Sulfate Injection	Marcan	1	250 mg/mL (2 mL) PPB 62,40	
02242971	Amikacine (Sulfate d')	Sandoz	1	62,40	
02525909	Sulfate d'Amikacine Injection	Hikma	10	849,00	84,9000
02486717	Sulfate d'Amikacine Injection	Oméga	1	62,40	
02529459	Sulfate d'amikacine pour injection	Jamp	10	624,01	62,4008
02506599	VPI-Amikacin	VPI	10	624,01	62,4008

**TOBRAMYCINE (SULFATE DE)**

Sol. Inj.

02420287	Jamp-Tobramycin (avec agent de conservation)	Jamp	2 ml 30 ml	40 mg/mL PPB 2,41 36,15	
02230640	Tobramycin	Fresenius	2 ml 30 ml	2,41 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	Apo-Cefadroxil	Apotex	100	58,95	0,5895
02544792	JAMP Cefadroxil	Jamp	100	58,95	0,5895
02235134	Teva-Cefadroxil	Teva Can	100	58,95	0,5895

**CÉFAZOLINE SODIQUE □**

Pd. Inj.

			1 g	PPB	
02108127	Céfazoline	Teva Can	10	26,96	2,6961
02297205	Céfazoline pour injection	Apotex	10	26,96	2,6961
02237138	Céfazoline pour injection	Fresenius	10	26,96	2,6961
02308959	Céfazoline pour injection	Sandoz	10	26,96	2,6961
02437112	Céfazoline pour injection	Sterimax	25	67,40	2,6961
02465469	Céfazoline sodique pour injection	Sterimax	10	26,96	2,6961

Pd. Inj.

			2 g	
02524791	Céfazoline pour injection	Sterimax	10	57,12
				5,7120

Pd. Inj.

			10 g	PPB	
02108135	Cefazolin	Teva Can	1	30,15	
02297213	Céfazoline pour injection	Apotex	10	301,50	30,1500
02237140	Céfazoline pour injection	Fresenius	10	301,50	30,1500
02308967	Céfazoline pour injection	Sandoz	1	30,15	
02437120	Céfazoline pour injection	Sterimax	10	301,50	30,1500
02465477	Céfazoline sodique pour injection	Sterimax	10	301,50	30,1500

Pd. Inj.

			500 mg	PPB	
02108119	Céfazoline	Novopharm	10	25,00	2,5000
02437104	Cefazoline pour injection	Sterimax	25	62,50	2,5000
02308932	Céfazoline pour injection	Sandoz	10	25,00	2,5000

**CÉFÉPIME (CHLORHYDRATE DE) □**

Pd. Inj.

			2 g	
02467518	Apo-Cefepime	Apotex	1 ml	30,20

**CEFIXIME □**

Co.

			400 mg	PPB	
02432773	Auro-Cefixime	AuroPharma	7	19,02	2,7172
			10	27,17	2,7172
00868981	Suprax	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	Auro-Cefixime	AuroPharma	50 ml	18,32 ➡	0,3664
00868965	Suprax	Odan	50 ml	18,32 ➡	0,3664

**CÉFOTAXIME SODIQUE** 

Pd. Inj.

02434091	Céfotaxime sodique pour injection BP	Sterimax	10	1 g 83,30	8,3300
----------	--------------------------------------	----------	----	--------------	--------

Pd. Inj.

02434105	Céfotaxime sodique pour injection BP	Sterimax	10	2 g 166,86	16,6860
----------	--------------------------------------	----------	----	---------------	---------

**CEFPROZIL** 

Co.

02293528	Taro-Cefprozil	Sun Pharma	100	250 mg 43,32	0,4332
----------	----------------	------------	-----	-----------------	--------

Co.

02347253	Auro-Cefprozil	AuroPharma	100	500 mg PPB 84,94	0,8494
02302187	Sandoz Cefprozil	Sandoz	100	84,94 ➡	0,8494
02293536	Taro-Cefprozil	Sun Pharma	100	84,94 ➡	0,8494

Susp. Orale

02347261	Auro-Cefprozil	Aurobindo	75 ml 100 ml	125 mg/5 mL PPB 7,28 9,70	0,0970 0,0970
02329204	Taro-Cefprozil	Sun Pharma	75 ml 100 ml	7,28 9,70 ➡	0,0970 0,0970

Susp. Orale

02347288	Auro-Cefprozil	Aurobindo	75 ml 100 ml	250 mg/5 mL PPB 14,54 19,38	0,1938 0,1938
02293579	Taro-Cefprozil	Sun Pharma	75 ml 100 ml	14,54 19,38 ➡	0,1938 0,1938

**CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE)** 

Pd. Inj.

00886971	Ceftazidime pour injection	Fresenius	1	1 g PPB 18,85	18,8500
02437848	Ceftazidime pour injection BP	Sterimax	10	188,50 ➡	18,8500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Inj.

00886955	Ceftazidime pour injection	Fresenius	1	2 g PPB 37,10	
02437856	Ceftazidime pour injection BP	Sterimax	10	371,00	37,1000

Pd. Inj.

00886963	Ceftazidime pour injection	Fresenius	1	6 g PPB 111,29	
02437864	Ceftazidime pour injection BP	Sterimax	1	111,29	

**CEFTRIAXONE SODIQUE**

Pd. Inj.

02325616	Ceftriaxone	Sterimax	10	1 g PPB 124,90	12,4900
02292270	Ceftriaxone pour injection	Sandoz	10	124,90	12,4900
02287633	Ceftriaxone sodique pour injection	Novopharm	1	12,49	

Pd. Inj.

02325624	Ceftriaxone	Sterimax	10	2 g PPB 344,85	34,4850
02292882	Ceftriaxone pour injection	Apotex	10	241,30	R
02292289	Ceftriaxone pour injection	Sandoz	10	344,85	34,4850

Pd. Inj.

02325632	Ceftriaxone	Sterimax	1	10 g PPB 107,10	
02292904	Ceftriaxone pour injection	Apotex	1	107,10	
02287668	Ceftriaxone sodique pour injection	Novopharm	1	107,10	
02292297	Ceftriaxone sodique pour injection	Sandoz	1	107,10	

Pd. Inj.

02292866	Ceftriaxone pour injection	Apotex	10	250 mg PPB 56,43	5,6430
02325594	Ceftriaxone sodique pour injection BP	Sterimax	10	56,43	5,6430

**CÉFUROXIME AXETIL**

Co.

* 02244393	Apo-Cefuroxime	Apotex	60	250 mg PPB 25,16	0,4194
* 02344823	Auro-Cefuroxime	AuroPharma	100	41,94	0,4194
+ 02547198	JAMP Cefuroxime	Jamp	60	25,16	0,4194

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

* 02244394	<i>Apo-Cefuroxime</i>	Apotex	60	49,85	500 mg PPB
			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
02311453	<i>Pro-Cefuroxime</i>	Pro Doc	100	143,36	R

Susp. Orale

02212307	<i>Ceftin</i>	Sandoz	70 ml 100 ml	11,57 16,52	125 mg/5 mL 0,1653 0,1652
----------	---------------	--------	-----------------	----------------	---------------------------------

**CÉFUROXIME SODIQUE R**

Pd. Inj.

02241639	<i>Céfuroxime pour injection</i>	Fresenius	1	28,04	1,5 g PPB
02422301	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Sterimax	25	701,00	► 28,0400

Pd. Inj.

02422328	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Sterimax	10	1051,40	7,5 g
----------	--------------------------------------	----------	----	---------	-------

Pd. Inj.

02241638	<i>Céfuroxime pour injection</i>	Fresenius	1	14,01	750 mg PPB
02422298	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Sterimax	25	350,25	► 14,0100

**CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE) R**

Co. ou Caps.

00768723	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	100	8,66	250 mg PPB
			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
00583413	<i>Teva-Cephalexin</i>	Teva Can	100	8,66	► 0,0866
			1000	86,60	► 0,0866

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. ou Caps.

				500 mg	PPB
00768715	<i>Apo-Cephalexin</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
00828866	<i>Céphalexin-500</i>	Pro Doc	500	86,55	► 0,1731
02494701	<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	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

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
00342092	<i>Teva-Lexin 250</i>	Teva Can	100 ml	25,73	► 0,2573
			150 ml	38,60	► 0,2573

**8:12.07****DIVERS BÊTA-LACTAMES****CÉFOXITINE SODIQUE** 

Pd. Inj.

02128187	<i>Cefoxitine</i>	Teva Can	1	1 g 10,60
----------	-------------------	----------	---	--------------

Pd. Inj.

02128195	<i>Cefoxitine</i>	Teva Can	1	2 g 21,25
----------	-------------------	----------	---	--------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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

**IMIPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE **

Pd. Inj. I.V.

			500 mg -500 mg		
02351706	<i>Taro-Imipenem-Cilastatin</i>	Sun Pharma	30	658,20	21,9400

**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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

### 8.12.12

#### MACROLIDES

##### AZITHROMYCINE

Co.

250 mg PPB					
02480700	AG-Azithromycin	Angita	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02415542	Apo-Azithromycin Z	Apotex	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02477610	Azithromycin	Altamed	6	5,65 ➡	0,9410
02330881	Azithromycin	Sanis	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02442434	Azithromycin	Sivem	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02452308	Jamp-Azithromycin	Jamp	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02452324	Mar-Azithromycin	Marcan	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02502038	M-Azithromycin	Mantra Ph.	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02267845	Novo-Azithromycin	Novopharm	6	5,65 ➡	0,9410
			30	28,23 ➡	0,9410
02479680	NRA-Azithromycin	Nora	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02261634	pms-Azithromycin	Phmscience	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02310600	Pro-Azithromycine	Pro Doc	6	5,65 ➡	0,9410
02275309	Riva-Azithromycin	Riva	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02265826	Sandoz Azithromycin	Sandoz	6	5,65 ➡	0,9410
			100	94,10 ➡	0,9410
02212021	Zithromax	Pfizer	6	29,28 ➡	4,8803
			30	146,41 ➡	4,8803

Co.

600 mg					
02261642	pms-Azithromycin	Phmscience	30	319,96 ➡	10,6652

Pd. Perf. I.V.

500 mg PPB					
02465604	Azithromycine pour injection	AuroPharma	10	145,60 ➡	14,5600
02523825	Azithromycine pour injection	Jamp	10	145,60 ➡	14,5600
02483890	Azithromycine pour injection	Sterimax	10	145,60 ➡	14,5600
02239952	Zithromax I.V.	Pfizer	10	206,44 ➡	20,6440

Susp. Orale

100 mg/5 mL PPB					
02482363	Auro-Azithromycin	AuroPharma	15 ml	5,59 ➡	0,3726
02332388	Sandoz Azithromycin	Sandoz	15 ml	8,82 ➡	0,5880
02223716	Zithromax	Pfizer	15 ml	16,17 ➡	1,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Susp. Orale</b>					
				<b>200 mg/5 mL PPB</b>	
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
02223724	<i>Zithromax</i>	Pfizer	15 ml	22,92	1,5280
			22,5 ml	34,37	1,5276
<b>CLARITHROMYCINE P</b>					
Co.					
				<b>500 mg PPB</b>	
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
02247574	<i>pms-Clarithromycin</i>	Phmscience	100	83,18	0,8318
			250	207,95	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
02248805	<i>Teva Clarithromycin</i>	Teva Can	100	83,18	0,8318
Co. ou Co. L.A.					
				<b>250 mg / 500 mg L.A. PPB</b>	
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
02247573	<i>pms-Clarithromycin</i>	Phmscience	100	41,22	0,4122
			250	103,04	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
02248804	<i>Teva Clarithromycin</i>	Teva Can	100	41,22	0,4122
<b>Susp. Orale</b>					
				<b>125 mg/5 mL PPB</b>	
02146908	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	55 ml	15,77	0,2867
			105 ml	30,09	0,2866
02408988	<i>Clarithromycin</i>	Sanis	55 ml	11,26	R
			105 ml	21,49	R
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	Biaxin	BGP Pharma	105 ml	57,89	0,5513
02408996	Clarithromycin	Sanis	105 ml	41,98	R
02390450	Taro-Clarithromycin	Taro	105 ml	49,19	0,4685

#### 8:12.16

#### PÉNICILLINES

#### AMOXICILLINE

Caps.

				250 mg PPB	
02525348	Amoxicillin Capsules	Sanis	100	6,72	0,0672
00628115	Apo-Amoxi	Apotex	100	6,72	0,0672
			1000	67,20	0,0672
02388073	Auro-Amoxicillin	AuroPharma	100	6,72	0,0672
			500	33,60	0,0672
02433060	Jamp-Amoxicillin	Jamp	100	6,72	0,0672
			1000	67,20	0,0672
00406724	Novamoxin	Teva Can	100	6,72	0,0672
			1000	67,20	0,0672
02230243	pms-Amoxicillin	Phmscience	500	33,60	0,0672
02532042	PRZ-Amoxicillin	Pharmaris	100	6,72	0,0672

Caps.

				500 mg PPB	
02477726	AG-Amoxicillin	Angita	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02401509	Amoxicillin	Sivem	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02525356	Amoxicillin Capsules	Sanis	500	65,40	0,1308
00628123	Apo-Amoxi	Apotex	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02388081	Auro-Amoxicillin	AuroPharma	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02433079	Jamp-Amoxicillin	Jamp	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
00406716	Novamoxin	Teva Can	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02230244	pms-Amoxicillin	Phmscience	500	65,40	0,1308
00644315	Pro-Amox-500	Pro Doc	500	65,40	0,1308
02532050	PRZ-Amoxicillin	Pharmaris	500	65,40	0,1308

Co. Croq.

				250 mg	
02036355	Teva-Amoxicillin	Teva Can	100	61,38	0,6138

Susp. Orale

				125 mg/5 mL PPB	
00628131	Apo-Amoxi	Apotex	100 ml	2,47	0,0247
			150 ml	3,71	0,0247
02458586	Auro-Amoxicillin	AuroPharma	100 ml	3,52	0,0352
			150 ml	5,28	0,0352
02535793	Jamp-Amoxicillin	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	75 ml	4,05	► 0,0540
			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
01916858	Clavulin-500 F	GSK	20	27,56	1,3780
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
02238829	Clavulin-875	GSK	20	41,34	2,0670
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale 01916882	<i>Clavulin-125 F</i>	GSK	125 mg -31,25 mg/5 mL 100 ml	9,50	0,0950
Susp. Orale 02238831 02539411	<i>Clavulin-200</i> <i>JAMP Amoxi Clav</i> <i>Suspension</i>	GSK Jamp	200 mg -28,5 mg/5 mL 70 ml 70 ml	9,39 8,58	0,1341 0,1225
Susp. Orale 01916874 02539438 02542226	<i>Clavulin-250 F</i> <i>JAMP Amoxi Clav</i> <i>Suspension</i> <i>M-Amoxi Clav</i>	GSK Jamp Mantra Ph.	250 mg -62,5 mg/5 mL 100 ml 100 ml 100 ml	18,72 12,16 12,16	0,1872 0,1216 0,1216
Susp. Orale 02238830 02539446 02530694	<i>Clavulin-400</i> <i>JAMP Amoxi Clav</i> <i>Suspension</i> <i>M-Amoxi Clav</i>	GSK Jamp Mantra Ph.	400 mg - 57 mg/5mL 70 ml 70 ml 70 ml	17,95 11,14 11,14	0,2564 0,1591 0,1591
<b>AMPICILLINE □</b>					
Caps. 00020877	<i>Teva-Ampicillin</i>	Teva Can	250 mg 100	30,71	0,3071
Caps. 00020885	<i>Teva-Ampicillin</i>	Teva Can	500 mg 100	59,55	0,5955
<b>AMPICILLINE SODIQUE □</b>					
Pd. Inj. 02227002 01933345 02462338	<i>Ampicilline pour injection</i> <i>Ampicilline Sodique</i> <i>Ampicilline sodique pour injection</i>	Fresenius Novopharm AuroPharma	1 g PPB 1 1 10	3,60 3,60 36,00	3,6000
Pd. Inj. 02226995 01933353 02462346	<i>Ampicillin pour Injection</i> <i>Ampicilline Sodique</i> <i>Ampicilline sodique pour injection</i>	Fresenius Teva Can AuroPharma	2 g PPB 1 1 10	7,20 7,20 72,00	7,2000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Pd. Inj.</b>					
02227029	Ampicilline pour injection	Fresenius	1	250 mg PPB 2,05	
00872644	Ampicilline Sodique	Novopharm	1	2,05	
02462303	Ampicilline sodique pour injection	AuroPharma	10	20,50	2,0500
<b>Pd. Inj.</b>					
02227010	Ampicilline pour injection	Fresenius	1	500 mg PPB 2,15	
00872652	Ampicilline Sodique	Novopharm	1	2,15	
02462311	Ampicilline sodique pour injection	AuroPharma	10	21,50	2,1500
<b>CLOXACILLINE SODIQUE</b>					
Caps.					
02510731	JAMP Cloxacillin	Jamp	100	250 mg PPB 21,41	0,2141
00337765	Teva-Cloxacillin	Teva Can	100	21,41	0,2141
Caps.					
02510758	JAMP Cloxacillin	Jamp	100	500 mg PPB 40,45	0,4045
00337773	Teva-Cloxacillin	Teva Can	100	40,45	0,4045
<b>Pd. Inj.</b>					
02367424	Cloxacillin	Sterimax	10	2 g 84,07	8,4070
<b>Pd. Inj.</b>					
02400081	Cloxacilline pour injection	Sterimax	1	10 g 36,55	
<b>Pd. Inj.</b>					
02367408	Cloxacillin	Sterimax	10	500 mg 52,44	5,2440
<b>Susp. Orale</b>					
00337757	Teva-Cloxacillin Solution	Teva Can	100 ml	125 mg/5 mL 6,06	0,0606
<b>PÉNICILLINE G (BENZATHINE)</b>					
Susp. Inj. I.M.					
02291924	Bicillin L-A	Pfizer	10	1 200 000 UI / 2 mL 406,96	40,6960
<b>PÉNICILLINE G SODIQUE</b>					
<b>Pd. Inj.</b>					
01930672	Pénicilline G	Novopharm	1	1 000 000 U 2,40	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj. 01930680	Pénicilline G	Novopharm	1	10 000 000 U 8,90	R
PHÉNOXYMÉTHYL PÉNICILLINE (BASE OU SEL POTASSIQUE) 	Co. 00642215	Pen-VK	AA Pharma	250 mg à 300 mg 100 1000	0,1873 0,1873
PIPERACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE 	Pd. Perf. I.V.			2 g -0,25 g PPB	
02362619	Pipéracilline et Tazobactam	Sterimax	10	41,70	4,1700
02308444	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Apotex	1	4,17	
02402068	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	AuroPharma	10	41,70	4,1700
02299623	Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique	Sandoz	1	4,17	
02370158	Piperacilline/Tazobactam	Teva Can	10	41,70	4,1700
02401312	Pipéracilline-Tazobactam pour injection	Hikma	10	41,70	4,1700
Pd. Perf. I.V.				3 g -0,375 g PPB	
02362627	Pipéracilline et Tazobactam	Sterimax	10	62,59	6,2590
02308452	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Apotex	1	6,26	
02402076	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	AuroPharma	10	62,59	6,2590
02299631	Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique	Sandoz	1	6,26	
02370166	Piperacilline/Tazobactam	Teva Can	10	62,59	6,2590
02401320	Pipéracilline-Tazobactam pour injection	Hikma	10	62,59	6,2590
Pd. Perf. I.V.				4 g -0,5 g PPB	
02420430	Jamp-PIP/TAZ	Jamp	10	83,46	8,3458
02362635	Pipéracilline et Tazobactam	Sterimax	10	83,46	8,3458
02308460	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Apotex	1	8,35	
02402084	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	AuroPharma	10	83,46	8,3458
02299658	Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique	Sandoz	1	8,35	
02370174	Piperacilline/Tazobactam	Teva Can	10	83,46	8,3458
02401339	Pipéracilline-Tazobactam pour injection	Hikma	10	83,46	8,3458

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Perf. I.V.

02377748	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax	1	12 g - 1,5 g PPB	36,33
02330547	<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	36 g - 4,5 g PPB	36,33

Pd. Perf. I.V.

02521539	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sandoz	1	36 g - 4,5 g PPB	108,99
02439131	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax	1	36 g - 4,5 g PPB	108,99

#### 8:12.18

#### QUINOLONES

#### CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

02247339	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	Teva Can	100	250 mg PPB	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
02317427	<i>Mint-Ciprofloxacine</i>	Mint	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
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
02317435	<i>Mint-Ciprofloxacine</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
02445344	<i>Priva-Ciprofloxacin</i>	Pharmapar	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
02423588	<i>Mint-Ciproflox</i>	Mint	50	46,01	► 0,9201
02317443	<i>Mint-Ciprofloxacine</i>	Mint	100	92,01	► 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

Sol. Perf. I.V.

			2 mg/mL		
02304759	<i>Ciprofloxacine 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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### LÉVOFLOXACINE □

Co.

250 mg PPB					
02315424	<i>ACT Levofloxacin</i>	Teva Can	50	60,19	► 1,2038
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	► 1,3718
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	► 2,6604
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

#### MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) □

Co.

400 mg PPB					
02478137	<i>AG-Moxifloxacin</i>	Angita	30	45,69	► 1,5230
02404923	<i>Apo-Moxifloxacin</i>	Apotex	30	45,69	► 1,5230
02432242	<i>Auro-Moxifloxacin</i>	AuroPharma	30	45,69	► 1,5230
			100	152,30	► 1,5230
02443929	<i>Jamp-Moxifloxacin</i>	Jamp	30	45,69	► 1,5230
02447061	<i>Jamp-Moxifloxacin Tablets</i>	Jamp	100	152,30	► 1,5230
02447053	<i>Mar-Moxifloxacin</i>	Marcan	100	152,30	► 1,5230
02472791	<i>M-Moxifloxacin</i>	Mantra Ph.	30	45,69	► 1,5230
			100	152,30	► 1,5230
02462974	<i>Moxifloxacin</i>	Pro Doc	30	45,69	► 1,5230
02520710	<i>Moxifloxacin</i>	Sanis	30	45,69	► 1,5230
02383381	<i>Sandoz Moxifloxacin</i>	Sandoz	30	45,69	► 1,5230
02375702	<i>Teva-Moxifloxacin</i>	Teva Can	30	45,69	► 1,5230

#### NORFLOXACINE □

Co.

400 mg					
02229524	<i>Norflox</i>	AA Pharma	100	185,86	1,8586

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>8:12.20</b>					
<b>SULFAMIDÉS</b>					
<b>SULFASALAZINE</b> 					
Co.				500 mg	
00598461	pms-Sulfasalazine	Phmscience	500	126,65	0,2533
Co. Ent.				500 mg	
00598488	pms-Sulfasalazine-E.C.	Phmscience	100	38,63	0,3863
<b>TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOXAZOLE</b> 					
Co.				20 mg -100 mg	
00445266	Sulfatrim-PED	AA Pharma	100	9,43	0,0943
Co.				80 mg -400 mg	PPB
00445274	Sulfatrim	AA Pharma	100	4,82	0,0482
* 00510637	Teva-Sulfamethoxazole/ Trimethoprim	Novopharm	100	4,82	R
Co.				160 mg -800 mg	PPB
00510645	Novo-Trimel D.S.	Novopharm	100	12,21	0,1221
00445282	Sulfatrim-DS	AA Pharma	500	61,05	0,1221
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	9,68	0,0968
00726540	Teva-Sulfamethoxazole	Teva Can	400 ml	38,72	0,0968
<b>8:12.24</b>					
<b>TÉTRACYCLINES</b>					
<b>DOXYCYCLINE (HYCLATE DE)</b> 					
Caps. ou Co.				100 mg	PPB
00740713	Apo-Doxy	Apotex	100	45,60	0,4560
			250	114,00	0,4560
00874256	Apo-Doxy-Tabs	Apotex	100	45,60	0,4560
00860751	Doxycin (co.)	Riva	100	45,60	0,4560
			300	136,80	0,4560
02351234	Doxycycline (Caps.)	Sanis	100	45,60	0,4560
			200	91,20	0,4560
02351242	Doxycycline (Co.)	Sanis	100	45,60	0,4560
00887064	Doxytab	Pro Doc	100	45,60	0,4560
02528940	Jamp Doxycycline Capsules	Jamp	100	45,60	0,4560
02543478	M-Doxycycline	Mantra Ph.	100	45,60	0,4560
02536250	PRZ-Doxycycline	Pharmaris	100	45,60	0,4560
00725250	Teva-Doxycycline	Teva Can	100	45,60	0,4560
			200	91,20	0,4560
02158574	Teva-Doxycycline (Co.)	Teva Can	100	45,60	0,4560

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE) □**

Caps.

02084090	Minocycline	AA Pharma	100	50 mg 56,16	0,5616
----------	-------------	-----------	-----	----------------	--------

Caps.

02084104	Minocycline	AA Pharma	100	100 mg 108,36	1,0836
----------	-------------	-----------	-----	------------------	--------

**TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE) □**

Caps.

00580929	Tetracycline	AA Pharma	100	250 mg 6,70	0,0670
			1000	67,00	0,0670

**8:12.28**

**AUTRES ANTIBACTÉRIENS**

**CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE) □**

Caps.

02485109	AG-Clindamycin	Angita	100	150 mg 22,17	PPB ► 0,2217
02436906	Auro-Clindamycin	AuroPharma	100	22,17	► 0,2217
02400529	Clindamycin	Sanis	100	22,17	► 0,2217
00030570	Dalacin C	Pfizer	100	85,97	R
02483734	Jamp-Clindamycin	Jamp	100	22,17	► 0,2217
02479923	M-Clindamycin	Mantra Ph.	100	22,17	► 0,2217
02462656	Med-Clindamycin	GMP	100	22,17	► 0,2217
02493748	NRA-Clindamycin	Nora	100	22,17	► 0,2217
02468476	Riva-Clindamycin	Riva	100	22,17	► 0,2217
02241709	Teva-Clindamycin	Teva Can	100	22,17	► 0,2217

Caps.

02485117	AG-Clindamycin	Angita	100	300 mg 44,34	PPB ► 0,4434
02436914	Auro-Clindamycin	AuroPharma	100	44,34	► 0,4434
02400537	Clindamycin	Sanis	100	44,34	► 0,4434
02182866	Dalacin C	Pfizer	100	172,71	1,7271
02483742	Jamp-Clindamycin	Jamp	100	44,34	► 0,4434
02479931	M-Clindamycin	Mantra Ph.	100	44,34	► 0,4434
02462664	Med-Clindamycin	GMP	100	44,34	► 0,4434
02493756	NRA-Clindamycin	Nora	100	44,34	► 0,4434
02468484	Riva-Clindamycin	Riva	100	44,34	► 0,4434
02241710	Teva-Clindamycin	Teva Can	100	44,34	► 0,4434

**CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) □**

Sol. Inj.

02230540	Clindamycine Injection	Sandoz	2 ml	150 mg/mL 6,50	PPB
			4 ml	13,00	
			6 ml	18,50	
00260436	Dalacin C	Pfizer	2 ml	6,88	
			4 ml	13,76	
			6 ml	18,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CLINDAMYCINE PALMITATE (CHLORHYDRATE DE) **

Susp. Orale

00225851	Dalacin C	Pfizer	100 ml	75 mg/5 mL 31,52	0,3152
----------	-----------	--------	--------	---------------------	--------

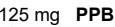
**COLISTIMÉTHATE SODIQUE **

Pd. Inj.

02244849	Colistimethate	Sterimax	1	150 mg 	13,56
02546639	Colistiméthate pour injection	Marcan	1	13,56	
02403544	Colistiméthate pour injection, USP	Fresenius	1	13,56	
00476420	Coly-Mycin M Parentéral	Search Phm	1	30,42	

**VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) **

Caps.

02406497	Gélules de chlorhydrate de vancomycine	Strides	20	125 mg 	103,60	13,56
02407744	Jamp-Vancomycin	Jamp	20	103,60	13,56	5,1800
00800430	Vancocin	Search Phm	20	103,60	13,56	5,1800

Caps.

02406500	Gélules de chlorhydrate de vancomycine	Strides	20	250 mg 	207,20	10,3600
02407752	Jamp-Vancomycin	Jamp	20	207,20	10,3600	
00788716	Vancocin	Search Phm	20	207,20	10,3600	

Pd. Perf. I.V.

02139383	Chlorhydrate de Vancomycine pour injection	Fresenius	10	1 g 	187,81	18,7810
02502607	Chlorhydrate de Vancomycine pour injection	Jamp	10	187,81	18,7810	
02406543	Chlorhydrate de Vancomycine pour injection	Marcan	10	187,81		
02394634	Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP	Sandoz	10	187,81	18,7810	
02420309	Jamp-Vancomycin	Jamp	10	187,81	18,7810	
02342863	Vancomycin pour injection USP	Sterimax	10	187,81	18,7810	

Pd. Perf. I.V.

*	02139243	Chlorhydrate de Vancomycine pour injection	Fresenius	1	5 g 	102,45
+	02406551	Chlorhydrate de Vancomycine pour injection	Marcan	1	102,45	
*	02405822	Chlorhydrate de Vancomycine pour injection	Sterimax	1	102,45	
*	02420317	Jamp-Vancomycin	Jamp	1	102,45	
*	02394642	Vancomycine	Sandoz	1	102,45	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Perf. I.V.

02241807	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Fresenius	1	10 g PPB 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.

02139375	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Fresenius	10	500 mg PPB 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	
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

**8:14.04**

**ALLYLAMINES**

**TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) R**

Co.

02254727	<i>ACT Terbinafine</i>	Teva Can	30	250 mg PPB 23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
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
02357070	<i>Jamp-Terbinafine</i>	Jamp	30	23,14	0,7714
			100	77,14	0,7714
02031116	<i>Lamisil</i>	Novartis	28	102,27	3,6525
02240346	<i>Novo-Terbinafine</i>	Novopharm	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
02262924	<i>Riva-Terbinafine</i>	Riva	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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	
02432471	<i>Jamp-Fluconazole</i>	Jamp	1	3,64	
02428792	<i>Mar-Fluconazole-150</i>	Marcan	1	3,64	
02433702	<i>Priva-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	1,2904
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	1,2904
02245643	<i>pms-Fluconazole</i>	Phmscience	50	64,52	1,2904

Co.

100 mg PPB					
02281279	<i>ACT Fluconazole</i>	Teva Can	50	114,45	2,2890
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	2,2890
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>Diflucan</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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**KÉTOCONAZOLE** 

Co.

02237235	Apo-Ketoconazole	Apotex	200 mg	PPB	
02231061	Teva-Ketoconazole	Teva Can	100	93,93	0,9393

**8:14.28**

**POLYÈNES**

**NYSTATINE** 

Susp. Orale

02433443	Jamp-Nystatin	Jamp	100 000 U/mL	PPB	
00792667	pms-Nystatin	Phmscience	100 ml	5,18	0,0518
			500 ml	25,90	0,0518
02194201	ratio-Nystatin	Ratiopharm	100 ml	5,18	0,0518
			500 ml	25,90	0,0518
			24 ml	1,24	0,0518
			48 ml	2,49	0,0518
			100 ml	5,18	0,0518

**8:16.04**

**ANTITUBERCULEUX**

**ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')** 

Co.

00247960	Etihi	Bausch H.	100	100 mg	11,00	0,1100
----------	-------	-----------	-----	--------	-------	--------

Co.

00247979	Etihi	Bausch H.	100	400 mg	30,00	0,3000
----------	-------	-----------	-----	--------	-------	--------

**ISONIAZIDE** 

Co.

00577790	pdp-Isoniazid	Pendopharm	100	100 mg	99,83	0,9983
----------	---------------	------------	-----	--------	-------	--------

Co.

005777804	pdp-Isoniazid	Pendopharm	100	300 mg	86,44	0,8644
-----------	---------------	------------	-----	--------	-------	--------

Sir.

00577812	pdp-Isoniazid	Pendopharm	500 ml	50 mg/5 mL	137,70	0,2754
----------	---------------	------------	--------	------------	--------	--------

**PYRAZINAMIDE** 

Co.

00618810	PDP-Pyrazinamide	Pendopharm	100	500 mg	149,48	1,4948
----------	------------------	------------	-----	--------	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### RIFABUTINE

Caps.

02063786	<i>Mycobutin</i>	Pfizer	100	150 mg 493,69	4,9369
----------	------------------	--------	-----	------------------	--------

#### RIFAMPINE

Caps.

00393444	<i>Rofact 150</i>	Bausch H.	100	150 mg 60,38	0,6038
----------	-------------------	-----------	-----	-----------------	--------

Caps.

00343617	<i>Rofact 300</i>	Bausch H.	100	300 mg 95,03	0,9503
----------	-------------------	-----------	-----	-----------------	--------

#### 8:16.92

#### DIVERS ANTIMYCOBACTÉRIENS

#### DAPSONE

Co.

02041510	<i>Dapsone</i>	Jacobus	100	100 mg <b>PPB</b> 140,61	1,4061
02481227	<i>Mar-Dapsone</i>	Marcan	100	70,31 ➡	0,7031
02489058	<i>Riva-Dapsone</i>	Riva	100	70,31 ➡	0,7031

#### 8:18.04

#### ADAMANTANES

#### AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

Caps.

01990403	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	100	100 mg 52,52	0,5252
----------	-----------------------	------------	-----	-----------------	--------

Sir.

02538601	<i>Odan-Amantadine Sirop</i>	Odan	500 ml	50 mg/5 mL <b>PPB</b> 49,40	0,0988
02022826	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	500 ml	49,40 ➡	0,0988

#### 8:18.08

#### ANTIRÉTROVIRAUX

#### ABACAVIR (SULFATE D')

Co.

02396769	<i>Apo-Abacavir</i>	Apotex	60	300 mg <b>PPB</b> 208,97 ➡	3,4828
02480956	<i>Mint-Abacavir</i>	Mint	60	208,97 ➡	3,4828
02240357	<i>Ziagen</i>	ViiV	60	396,38	6,6063

Sol. Orale

02240358	<i>Ziagen</i>	ViiV	240 ml	20 mg/mL 103,26	0,4303
----------	---------------	------	--------	--------------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ABACAVIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE **

Co.

600 mg - 300 mg **PPB**

02399539	Apo-Abacavir-Lamivudine	Apotex	30	179,62	5,9873
02454513	Auro-Abacavir/Lamivudine	AuroPharma	30	179,62	5,9873
			60	359,24	5,9873
02497654	Jamp Abacavir/Lamivudine	Jamp	30	179,62	5,9873
02269341	Kivexa	ViiV	30	661,99	22,0663
02450682	Mylan-Abacavir/Lamivudine	Mylan	30	179,62	5,9873
02458381	pms-Abacavir-Lamivudine	Phmscience	30	179,62	5,9873
02416662	Teva-Abacavir/Lamivudine	Teva Can	30	179,62	5,9873

**ATAZANAVIR (SULFATE D') **

Caps.

150 mg **PPB**

02513102	Jamp Atazanavir	Jamp	60	170,32	2,8386
02456877	Mylan-Atazanavir	Mylan	60	170,32	2,8386
02443791	Teva-Atazanavir	Teva Can	60	170,32	2,8386

Caps.

200 mg **PPB**

02513110	Jamp Atazanavir	Jamp	60	171,31	2,8552
02456885	Mylan-Atazanavir	Mylan	60	171,31	2,8552
02248611	Reyataz	B.M.S.	60	651,87	10,8645
02443813	Teva-Atazanavir	Teva Can	60	171,31	2,8552

Caps.

300 mg **PPB**

02513129	Jamp Atazanavir	Jamp	30	168,25	5,6083
02456893	Mylan-Atazanavir	Mylan	30	168,25	5,6083
02294176	Reyataz	B.M.S.	30	648,01	21,6003
02443821	Teva-Atazanavir	Teva Can	60	336,50	5,6083

**BICTÉGRAVIR SODIQUE/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) **

Co.

50 mg -200 mg -25 mg

02478579	Biktarvy	Gilead	30	1176,68	39,2227
----------	----------	--------	----	---------	---------

**CABOTÉGRAVIR SODIQUE **

Co.

30 mg

02497204	Vocabria	ViiV	30	795,47	26,5157
----------	----------	------	----	--------	---------

**CABOTÉGRAVIR/RILPIVIRINE (EMBALLAGE COMBINÉ) **

Trousse

200 mg/mL - 300 mg/mL

02497220	Cabenuva	ViiV	2 ml	1209,37	
02497247	Cabenuva	ViiV	3 ml	2418,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**DARUNAVIR**

Co.

02487268	Apo-Darunavir	Apotex	30	174,89	800 mg PPB 5,8295
02486148	Auro-Darunavir	AuroPharma	30	174,89	5,8295
02521350	Darunavir	Jamp	30	174,89	5,8295
02522292	M-Darunavir	Mantra Ph.	30	174,89	5,8295

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE**

Co.

02414945	Tivicay	ViiV	30	555,00	50 mg 18,5000
----------	---------	------	----	--------	------------------

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE**

Co.

02430932	Triumeq	ViiV	30	1216,99	50 mg - 600 mg - 300 mg 40,5663
----------	---------	------	----	---------	------------------------------------

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/LAMIVUDINE**

Co.

02491753	Dovato	ViiV	30	913,20	50 mg-300 mg 30,4400
----------	--------	------	----	--------	-------------------------

**DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)**

Co.

02475774	Juluca	ViiV	30	1046,10	50 mg -25 mg 34,8700
----------	--------	------	----	---------	-------------------------

**DORAVIRINE**

Co.

02481545	Pifetro	Merck	30	499,50	100 mg 16,6500
----------	---------	-------	----	--------	-------------------

**DORAVIRINE/LAMIVUDINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)**

Co.

02482592	Delstrigo	Merck	30	863,70	100 mg -300 mg -300 mg 28,7900
----------	-----------	-------	----	--------	-----------------------------------

**ÉFAVIRENZ**

Co.

02418428	Auro-Efavirenz	AuroPharma	30	114,09	600 mg PPB 3,8030
02458233	Jamp-Efavirenz	Jamp	500	1901,50	3,8030
02381524	Mylan-Efavirenz	Mylan	30	114,09	3,8030
02246045	Sustiva	B.M.S.	30	114,09	3,8030
02389762	Teva-Efavirenz	Teva Can	30	424,92	14,1640
				114,09	3,8030

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) **

Co.			600 mg - 200 mg - 300 mg	PPB	
02468247	<i>Apo-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	Apotex	30	339,90	► 11,3300
02478404	<i>Auro-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	AuroPharma	30	339,90	► 11,3300
02519461	<i>Jamp Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate</i>	Jamp	30	339,90	► 11,3300
02461412	<i>Mylan-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate</i>	Mylan	30	339,90	► 11,3300
02487284	<i>pms-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	Phmscience	30	339,90	► 11,3300
02484676	<i>Sandoz Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	Sandoz	30	339,90	► 11,3300
02393549	<i>Teva-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir</i>	Teva Can	30	339,90	► 11,3300

**ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) **

Co.			150 mg -150 mg -200 mg -10 mg		
02449498	<i>Genvoya</i>	Gilead	30	1314,01	43,8003

**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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) □**

Co.

			200mg- 300mg	PPB	
02496356	AG-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil	Angita	30	211,75	7,0582
02452006	Apo-Emtricitabine-Tenofovir	Apotex	30	211,75	7,0582
02490684	Auro-Emtricitabine-Tenofovir	Aurobindo	30	211,75	7,0582
02487012	Jamp Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	Jamp	30	211,75	7,0582
02521547	Mint-Emtricitabine/Tenofovir	Mint	30	211,75	7,0582
02443902	Mylan-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil	Mylan	30	211,75	7,0582
02461110	pms-Emtricitabine-Tenofovir	Phmscience	30	211,75	7,0582
02487853	Sandoz Emtricitabine-Tenofovir	Sandoz	30	211,75	R
02399059	Teva-Emtricitabine/Tenofovir	Teva Can	30	211,75	7,0582
02274906	Truvada	Gilead	30	783,06	26,1020

**EMTRICITABINE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) □**

Co.

200 mg - 25 mg - 25 mg

02461463	Odefsey	Gilead	30	1176,68	39,2227
----------	---------	--------	----	---------	---------

**FOSAMPRÉNAVIR CALCIQUE □**

Co.

700 mg

02261545	Telzir	ViiV	60	471,52	7,8587
----------	--------	------	----	--------	--------

Susp. Orale

50 mg/mL

02261553	Telzir	ViiV	225 ml	129,27	0,5745
----------	--------	------	--------	--------	--------

**LAMIVUDINE □**

Co.

100 mg PPB

02393239	Apo-Lamivudine HBV	Apotex	100	261,54	2,6154
02239193	Heptovir	GSK	60	273,50	4,5583
02512467	Jamp Lamivudine HBV	Jamp	100	261,54	2,6154

Co.

150 mg PPB

02192683	3TC	ViiV	60	279,05	4,6508
02369052	Apo-Lamivudine	Apotex	60	163,94	2,7323
02507110	Jamp Lamivudine	Jamp	60	163,94	2,7323

Co.

300 mg PPB

02247825	3TC	ViiV	30	279,05	9,3017
02369060	Apo-Lamivudine	Apotex	30	164,57	5,4857
02507129	Jamp Lamivudine	Jamp	30	164,57	5,4857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale 02192691	3TC	ViiV	240 ml	10 mg/mL 72,93	0,3039
<b>LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE </b>					
Co.			150 mg -300mg	<b>PPB</b>	
02375540	Apo-Lamivudine-Zidovudine	Apotex	100	261,03	2,6103
02414414	Auro-Lamivudine/ Zidovudine	AuroPharma	60	156,62	2,6103
02239213	Combivir	ViiV	500	1305,15	2,6103
02502801	Jamp Lamivudine/ Zidovudine	Jamp	60	156,62	2,6103
02387247	Teva Lamivudine/ Zidovudine	Teva Can	60	156,62	2,6103
<b>LOPINAVIR/ RITONAVIR </b>					
Co.			100 mg -25 mg		
02312301	Kaletra	AbbVie	60	157,34	2,6223
Co.			200 mg -50 mg		
02285533	Kaletra	AbbVie	120	644,19	5,3683
Sol. Orale 02243644	Kaletra	AbbVie	160 ml	80 mg - 20 mg/mL 345,28	2,1580
<b>NELFINAVIR (MÉSYLATE DE) </b>					
Co.			250 mg		
02238617	Viracept	ViiV	300	546,00	1,8200
Co.			625 mg		
02248761	Viracept	ViiV	120	546,00	4,5500
<b>NÉVIRAPINE </b>					
Co.			200 mg	<b>PPB</b>	
02318601	Auro-Nevirapine	AuroPharma	60	74,08	1,2346
02405776	Jamp-Névirapine	Jamp	60	74,08	1,2346
02387727	Mylan-Nevirapine	Mylan	60	74,08	1,2346
<b>RALTÉGRAVIR </b>					
Co.			400 mg		
02301881	Isentress	Merck	60	690,00	11,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. 02465337	<i>Isentress HD</i>	Merck	60	600 mg 690,00	11,5000
-----------------	---------------------	-------	----	------------------	---------

Co. 02370603	<i>Edurant</i>	Janss. Inc	30	25 mg 413,91	13,7970
-----------------	----------------	------------	----	-----------------	---------

Co. 02523620 02357593	<i>Auro-Ritonavir Norvir</i>	AuroPharma AbbVie	30 30	100 mg PPB 35,24 43,68	1,1745 1,4560
-----------------------------	----------------------------------	----------------------	----------	------------------------------	------------------

Co. 02516276 02451980 02460173 02479087 02512939 02452634 02472511	<i>AG-Tenofovir Apo-Tenofovir Auro-Tenofovir Jamp-Tenofovir Mint-Tenofovir Mylan-Tenofovir Disoproxil NAT-Tenofovir</i>	Angita Apotex AuroPharma Jamp Mint Mylan Natco	30 30 30 30 30 30 500	300 mg PPB 146,65 146,65 146,65 146,65 146,65 146,65 2444,17	4,8883 4,8883 4,8883 4,8883 4,8883 4,8883 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	4,8883
02247128	<i>Viread</i>	Gilead	30	518,67	17,2890

Co. 01946323 01902660	<i>Apo-Zidovudine Retrovir</i>	Apotex ViiV	100 100	100 mg PPB 139,77 175,55	1,3977 1,7555
-----------------------------	------------------------------------	----------------	------------	--------------------------------	------------------

Sir. 01902652	<i>Retrovir</i>	ViiV	240 ml	10 mg/mL 44,94	0,1873
------------------	-----------------	------	--------	-------------------	--------

Sol. Inj. 01902644	<i>Retrovir</i>	ViiV	20 ml	10 mg/mL 16,70
-----------------------	-----------------	------	-------	-------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**8:18.28**

**INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE  
OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D') **

Caps.

			30 mg	PPB	
02497409	Jamp Oseltamivir	Jamp	10	5,24 ➡	0,5243
02497352	Mar-Oseltamivir	Marcan	10	5,24 ➡	0,5243
02497441	Mint-Oseltamivir	Mint	10	5,24 ➡	0,5243
02472635	NAT-Oseltamivir	Natco	10	5,24 ➡	0,5243
02504006	Oseltamivir Phosphate Capsules	Strides	10	5,24 ➡	0,5243
02304848	Tamiflu	Roche	10	19,50	1,9500

Caps.

			45 mg	PPB	
02472643	NAT-Oseltamivir	Natco	10	16,14 ➡	1,6135
02504014	Oseltamivir Phosphate Capsules	Strides	10	16,14 ➡	1,6135
02304856	Tamiflu	Roche	10	30,00	3,0000

Caps.

			75 mg	PPB	
02497425	Jamp Oseltamivir	Jamp	10	10,39 ➡	1,0393
02497379	Mar-Oseltamivir	Marcan	10	10,39 ➡	1,0393
02497476	Mint-Oseltamivir	Mint	10	10,39 ➡	1,0393
02457989	NAT-Oseltamivir	Natco	10	10,39 ➡	1,0393
02504022	Oseltamivir Phosphate Capsules	Strides	10	10,39 ➡	1,0393
02241472	Tamiflu	Roche	10	39,00	3,9000

Susp. Orale

			6 mg/mL	PPB	
02499894	NAT-Oseltamivir	Natco	65 ml	18,27 ➡	0,2811
02381842	Tamiflu	Roche	65 ml	19,50	0,3000

**ZANAMIVIR **

Pd. pour inh. (App.)

			5 mg/coque (4)		
02240863	Relenza	GSK	5	36,54	

**8:18.32**

**ANALOGUES DES NUCLÉOSIDES ET DES NUCLÉOTIDES**

**ACYCLOVIR **

Co.

			200 mg	PPB	
02207621	Apo-Acyclovir	Apotex	100	35,11 ➡	0,3511
02524708	Mint-Acyclovir	Mint	100	35,11 ➡	0,3511
02242784	Mylan-Acyclovir	Mylan	100	35,11 ➡	0,3511
02285959	Teva-Acyclovir	Teva Can	100	35,11 ➡	0,3511

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02207648	Apo-Acyclovir	Apotex	100	88,90	0,8890
02524716	Mint-Acyclovir	Mint	100	88,90	0,8890
02242463	Mylan-Acyclovir	Mylan	100	88,90	0,8890
02285967	Teva-Acyclovir	Teva Can	100	88,90	0,8890
Co.					
02207656	Apo-Acyclovir	Apotex	100	126,73	1,2673
02524724	Mint-Acyclovir	Mint	100	126,73	1,2673
02242464	Mylan-Acyclovir	Mylan	100	126,73	1,2673
02285975	Teva-Acyclovir	Teva Can	100	126,73	1,2673
Susp. Orale					
* 00886157	Zovirax	GSK	475 ml	117,56	R
<b>ACYCLOVIR SODIQUE</b>					
Sol. Perf. I.V.					
02236926	Acyclovir Sodique	Fresenius	10	857,80	85,7800
02456524	Acyclovir sodique injectable	Sterimax	10	857,80	85,7800
02494558	Acyclovir Sodium Injection	AuroPharma	10	857,80	85,7800
Sol. Perf. I.V.					
99106493	Acyclovir Sodique	Fresenius	10	1715,70	171,5700
99106293	Acyclovir sodique injectable	Sterimax	10	1715,70	171,5700
99113861	Acyclovir Sodium Injection	Aurobindo	10	1715,70	171,5700
<b>ENTÉCAVIR</b>					
Co.					
02396955	Apo-Entecavir	Apotex	30	165,00	5,5000
02448777	Auro-Entecavir	AuroPharma	30	165,00	5,5000
			100	550,00	5,5000
02282224	Baraclude	B.M.S.	30	660,00	22,0000
02527154	Entecavir	Sanis	30	165,00	5,5000
02453797	Entecavir Tablets	Strides	30	165,00	5,5000
02467232	Jamp-Entecavir	Jamp	30	165,00	5,5000
02485907	Mint-Entecavir	Mint	30	165,00	5,5000
02430576	pms-Entecavir	Phmscience	30	165,00	5,5000
<b>FAMCICLOVIR</b>					
Co.					
02305682	ACT Famciclovir	ActavisPhm	10	15,65	1,5650
02292025	Apo-Famciclovir	Apotex	30	46,95	1,5650
02229110	Famvir	Atnahs	10	27,15	2,7150
02278634	Sandoz Famciclovir	Sandoz	10	5,56	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			250 mg	PPB	
02305690	ACT Famciclovir	ActavisPhm	30	63,69	2,1230
02292041	Apo-Famciclovir	Apotex	30	63,69	2,1230
02229129	Famvir	Atnahs	30	112,10	3,7367
02278103	pms-Famciclovir	Phmscience	30	22,62	R
			100	75,41	R
02278642	Sandoz Famciclovir	Sandoz	30	22,62	R
			100	75,41	R

Co.

			500 mg	PPB	
02305704	ACT Famciclovir	ActavisPhm	21	81,31	3,8719
			100	387,19	3,8719
02292068	Apo-Famciclovir	Apotex	30	116,16	3,8719
02177102	Famvir	Atnahs	21	139,38	6,6371
02278650	Sandoz Famciclovir	Sandoz	21	28,22	R
			100	134,36	R

**GANCICLOVIR SODIQUE** 

Pd. Perf. I.V.

			500 mg	PPB	
02162695	Cytovene	Cheplaphar	5	210,19	42,0380
02537168	Ganciclovir pour injection	Forma Ph	25	1050,95	42,0380
02404761	Ganciclovir pour injection	Fresenius	25	1050,95	42,0380
02475391	Ganciclovir pour injection	Sterimax	25	1050,95	42,0380

**REMDÉSIVIR 33** 

Pd. Perf. I.V.

			100 mg	
02502143	Veklury	Gilead	1	660,53

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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
02441454	<i>Jamp-Valacyclovir</i>	Jamp	100	61,98	0,6198
02351579	<i>Mylan-Valacyclovir</i>	Mylan	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
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	42	26,03	0,6198
			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>	Aurobindo	100 ml	150,99	1,5099
02306085	<i>Valcyte</i>	Cheplaphar	100 ml	253,98	2,5398

**8:18.92**

**DIVERS ANTIVIRAUX**

**NIRMATRELVIR/RITONAVIR 32 **

Co.

				150 mg - 100 mg
02524031	<i>Paxlovid</i>	Pfizer	30	1288,88
02527804	<i>Paxlovid</i>	Pfizer	20	1288,88

**8:30.04**

**AMOEBCIDES**

**PAROMOMYCINE (SULFATE DE) **

Caps.

				250 mg
02078759	<i>Humatin</i>	Search Phm	100	236,74

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### 8:30.08

#### ANTIPALUDÉENS

#### ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.

02264935	<i>Malarone pédiatrique</i>	GSK	12	62,5 mg - 25 mg 17,77	1,4808
----------	-----------------------------	-----	----	--------------------------	--------

Co.

02466783	<i>Atovaquone et chlorhydrate de proguanil</i>	Glenmark	12	250 mg - 100 mg 27,98	PPB 2,3315
02421429	<i>Atovaquone Proguanil</i>	Sanis	100	233,15	2,3315
02238151	<i>Malarone</i>	GSK	12	27,98	2,3315
02402165	<i>Mylan-Atovaquone/ Proguanil</i>	Mylan	100	51,81	4,3175
02380927	<i>Teva Atovaquone Proguanil</i>	Teva Can	12	233,15	2,3315
				27,98	2,3315

#### HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')

Co.

02246691	<i>Apo-Hydroxyquine</i>	Apotex	100	200 mg 15,76	PPB 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>Plaquinil</i>	SanofiAven	100	56,62	0,5662

#### MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

02244366	<i>Mefloquine</i>	AA Pharma	8	250 mg 29,56	3,6950
----------	-------------------	-----------	---	-----------------	--------

#### PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE)

Co.

02017776	<i>Primaquine</i>	SanofiAven	100	26,3 mg 36,44	0,3644
----------	-------------------	------------	-----	------------------	--------

#### QUININE (SULFATE DE)

Caps.

02445190	<i>Jamp-Quinine</i>	Jamp	100	200 mg 23,90	PPB 0,2390
02311216	<i>Pro-Quinine-200</i>	Pro Doc	500	119,50	0,2390
00021008	<i>Teva-Quinine</i>	Teva Can	100	23,90	0,2390
			100	23,90	0,2390

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps. ou Co.

02254522	Apo-Quinine (Caps.)	Apotex	100	37,50	PPB
02445204	Jamp-Quinine (Caps.)	Jamp	100	37,50	PPB
			500	187,50	PPB
02311224	Pro-Quinine-300 (Caps.)	Pro Doc	100	37,50	PPB
00695459	Quinine-Odan (Caps.)	Odan	100	37,50	PPB
			500	187,50	PPB
00021016	Teva-Quinine	Teva Can	100	37,50	PPB
			500	187,50	PPB

8:30.92

#### DIVERS ANTIPROTOZOAIRES

##### ATOVAQUONE

Susp. Orale

02528495	GLN-Atovaquone	Glenmark	210 ml	499,49	PPB
02217422	Mepron	GSK	210 ml	504,15	PPB

##### MÉTRONIDAZOLE

Co.

00545066	Apo-Metronidazole Tablets	Apotex	500	28,60	PPB
02535807	Mint-Metronidazole	Mint	500	28,60	PPB

Sol. Perf. I.V.

00649074	Métronidazole	Pfizer	100 ml	14,58	5 mg/mL
----------	---------------	--------	--------	-------	---------

8:36

#### ANTI-INFECTIEUX URINAIRES

##### FOSFOMYCINE (TROMÉTHAMINE DE)

Pd. Orale

02473801	Jamp-Fosfomycin	Jamp	1	11,70	PPB
02240335	Monurol sachet	Paladin	1	13,00	PPB

##### NITROFURANTOÏNE

Co.

00319511	Nitrofurantoin	AA Pharma	100	16,70	50 mg
----------	----------------	-----------	-----	-------	-------

Co.

00312738	Nitrofurantoin	AA Pharma	100	22,27	100 mg
----------	----------------	-----------	-----	-------	--------

##### NITROFURANTOÏNE (MACROCRISTAUX)

Caps.

02231015	Teva-Nitrofurantoin	Teva Can	100	32,52	50 mg
----------	---------------------	----------	-----	-------	-------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.				100 mg	
02231016	Teva-Nitrofurantoin	Teva Can	100	61,10	0,6110

**NITROFURANTOINE (MONOHYDRATE DE) (MACROCRISTAUX) **

Caps.

02466392	Auro-Nitrofurantoin	Aurobindo	100	100 mg	PPB
02455676	pms-Nitrofurantoin	Phmscience	100	39,83	0,3983

**TRIMÉTHOPRIME **

Co.

02243116	Trimethoprim	AA Pharma	100	100 mg	
				26,17	0,2617

Co.

02243117	Trimethoprim	AA Pharma	100	200 mg	
				52,73	0,5273



**10:00**  
**ANTINÉOPLASIQUES**



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**10:00**

**ANTINÉOPLASIQUES**

**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
02184478	<i>Casodex</i>	AZC	30	200,70	6,6900
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-Capecitabine</i>	Accord	60	27,45	► 0,4575
02434504	<i>Apo-Capecitabine</i>	Apotex	60	27,45	► 0,4575
02519879	<i>Capecitabine</i>	Jamp	60	27,45	► 0,4575
02514982	<i>Capecitabine</i>	Sanis	60	27,45	► 0,4575
02421917	<i>Sandoz Capecitabine</i>	Sandoz	60	27,45	► 0,4575
02457490	<i>Taro-Capecitabine</i>	Taro	60	27,45	► 0,4575
02400022	<i>Teva-Capecitabine</i>	Teva Can	60	27,45	► 0,4575
02238453	<i>Xeloda</i>	Cheplaphar	60	109,80	1,8300

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	6,1000

**CHLORAMBUCIL**

Co.

			2 mg		
00004626	<i>Leukeran</i>	Aspen	25	33,30	1,3320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CYCLOPHOSPHAMIDE **

Co.

02241795	Procytos	Baxter	200	25 mg 70,89	0,3545
----------	----------	--------	-----	----------------	--------

Co.

02241796	Procytos	Baxter	100	50 mg 47,73	0,4773
----------	----------	--------	-----	----------------	--------

**ÉTOPOSIDE **

Caps.

00616192	Vepesid	Cheplaphar	20	50 mg 656,42	32,8210
----------	---------	------------	----	-----------------	---------

**FLUDARABINE (PHOSPHATE DE) **

Co.

02246226	Fludara	SanofiAven	15 20	10 mg 574,97 766,63	38,3315 38,3315
----------	---------	------------	----------	---------------------------	--------------------

**HYDROXYURÉE **

Caps.

02247937	Apo-Hydroxyurea	Apotex	100	500 mg PPB 91,83	0,9183
00465283	Hydrea	Cheplaphar	100	91,83	0,9183
02242920	Mylan-Hydroxyurea	Mylan	100	91,83	0,9183
02530260	Riva-Hydroxyurea	Riva	100	91,83	0,9183

**MELPHALAN **

Co.

00004715	Alkeran	Aspen	50	2 mg 74,18	1,4836
----------	---------	-------	----	---------------	--------

**MERCAPTOPURINE **

Co.

02415275	Mercaptopurine	Sterimax	25	50 mg PPB 70,93	2,8372
00004723	Purinethol	Teva Can	25	70,93	2,8372
			60	170,23	2,8372

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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

Co.

				10 mg	
02182750	<i>Méthotrexate</i>	Pfizer	100	270,67	2,7067

Sol. Inj.

				25 mg/mL	PPB
02419173	<i>Jamp-Methotrexate</i>	Jamp	2 ml	6,24	
02398427	<i>Méthotrexate</i>	Sandoz	2 ml	6,24	
			20 ml	62,40	
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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)			10 mg/0,2 mL PPB		
02454831	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	► 16,30	
02539608	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	► 16,30	
Sol. Inj. S.C. (ser)			12,5 mg/0,25 mL PPB		
02454750	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	► 17,16	
02539616	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	► 17,16	
Sol. Inj. S.C. (ser)			15 mg/0,3 mL PPB		
02491311	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	► 16,38	
02454858	<i>Metoject 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>Metoject 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>Metoject 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>Metoject 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>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	► 19,50	
02539667	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	► 19,50	
<b>NILUTAMIDE</b>					
Co.			50 mg		
02221861	<i>Anandron</i>	Cheplaphar	90	165,31	1,8368
<b>PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
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

02240000	<i>Trelstar</i>	Knight	1	3,75 mg	304,43
----------	-----------------	--------	---	---------	--------

Trousse

02243856	<i>Trelstar LA</i>	Knight	1	11,25 mg	932,12
----------	--------------------	--------	---	----------	--------

Trousse

02412322	<i>Trelstar</i>	Knight	1	22,5 mg	1650,00
----------	-----------------	--------	---	---------	---------

**12:00**  
**MÉDICAMENTS S.N.A.**

<b>12:04</b>	<b>parasympathomimétiques</b>
<b>12:08</b>	<b>anticholinergiques</b>
12:08.08	antimuscariniques / antispasmodiques
<b>12:12</b>	<b>sympathomimétiques</b>
12:12.04	agonistes alpha-adrénergiques
12:12.08	agonistes bêta-adrénergiques
12:12.12	agonistes alpha et bêta adrénergiques
<b>12:16</b>	<b>sympatholytiques</b>
12:16.04	bloquants alpha-adrénergiques
<b>12:20</b>	<b>myorelaxants</b>
12:20.04	myorelaxants à action centrale
12:20.08	myorelaxants à action directe
12:20.12	myorelaxants dérivés du GABA
12:20.92	divers myorelaxants
<b>12:92</b>	<b>médicaments S.N.A. divers</b>



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**12:04**

**PARASYMPATHOMIMÉTIQUES  
BÉTHANÉCHOL (CHLORURE DE) **

Co.

01947958	Duvvoid	Paladin	100	10 mg 25,98	0,2598
----------	---------	---------	-----	----------------	--------

Co.

01947931	Duvvoid	Paladin	100	25 mg 42,07	0,4207
----------	---------	---------	-----	----------------	--------

Co.

01947923	Duvvoid	Paladin	100	50 mg 55,26	0,5526
----------	---------	---------	-----	----------------	--------

**PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

02509571	Jamp Pilocarpine	Jamp	100	5 mg <b>PPB</b> 73,21	0,7321
02496119	M-Pilocarpine	Mantra Ph.	100	73,21	0,7321
02216345	Salagen	Amdipharm	100	73,21	0,7321

**PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE) **

Co.

02508362	Jamp Pyridostigmine Bromide	Jamp	100	60 mg <b>PPB</b> 26,73	0,2673
00869961	Mestinon	Bausch H.	100	42,95	0,4295
02495643	Riva-Pyridostigmine	Riva	100	26,73	0,2673

Co. L.A.

00869953	Mestinon Supraspan	Bausch H.	30	180 mg 28,19	0,9397
----------	--------------------	-----------	----	-----------------	--------

**12:08.08**

**ANTIMUSCARINIQUES / ANTISPASMODIQUES**

**ACOLIDINIUM (BROMURE D') **

Pd. pour inh. (App.)

02409720	Tudorza Genuair	Covis	60	400 mcg 53,10	
----------	-----------------	-------	----	------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**GLYCOPYRROLATE **

Sol. Inj.

			0,2 mg/mL	PPB	
02382857	Glycopyrrolate injection	Oméga	1 ml	►	2,78
02039508	Glycopyrrolate injection	Sandoz	2 ml	►	5,57
02473879	Glycopyrrolate injection	Sterimax	2 ml	►	5,57
02473887	Glycopyrrolate injection	Sterimax	1 ml	►	2,78
02473895	Glycopyrrolate injection	Sterimax	20 ml	►	55,65
02382849	Glycopyrrolate Injection Multidose	Oméga	2 ml	►	5,57
02513749	Injection de Glycopyrrolate	Jamp	20 ml	►	55,65
02532379	Injection de Glycopyrrolate	Jamp	2 ml	►	5,57

**GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) **

Pd. pour inh. (App.)

			50 mcg/caps.		
02394936	Seebri Breezhaler	Covis	30	53,10	

**HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')**

Sol. Inj.

			20 mg/mL		
02229868	Butylbromure d'hyoscine	Sandoz	1 ml	4,52	

**IPRATROPIUM (BROMURE D') **

Aéro. oral

			0,02 mg/dose	PPB	
02247686	Atrovent HFA	Bo. Ing.	200 dose(s)	18,92	
02542587	JAMP Ipratropium HFA	Jamp	200 dose(s)	► 15,35	

Sol. pour Inh.

			0,125 mg/mL (2 mL)		
02231135	pms-Ipratropium Polynebs	Phmscience	20	13,18	0,6590

Sol. pour Inh.

			0,25 mg/mL	PPB	
02126222	Apo-Ipravent	Apotex	20 ml	► 6,31	
02231136	pms-Ipratropium	Phmscience	20 ml	► 6,31	

Sol. pour Inh.

			0,25 mg/mL (1 mL)	PPB	
02231244	pms-Ipratropium Polynebs	Phmscience	20	13,18	► 0,6590
99001446	ratio-Ipratropium UDV	Ratiopharm	20	13,18	► 0,6590
02216221	Teva-Ipratropium Sterinebs	Teva Can	20	13,18	► 0,6590

Sol. pour Inh.

			0,25 mg/mL (2 mL)	PPB	
02231245	pms-Ipratropium Polynebs	Phmscience	10	13,18	► 1,3180
99002795	Teva-Ipratropium Sterinebs	Teva Can	10	13,18	► 1,3180

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Vap. nasal 02239627	pms-Ipratropium	Phmscience	30 ml	0,03 % 22,70	
------------------------	-----------------	------------	-------	-----------------	--

Sol. pour Inh. 02483394	IPRATROPIUM (BROMURE D')/ SALBUTAMOL (SULFATE DE) ■ Bromure d'ipratropium et salbutamol	Juno	0,2 mg -1 mg/mL (2,5 mL)	PPB 14,68	0,7340
02272695	Teva-Combo Sterinebs	Teva Can	20	14,68	0,7340

#### SCOPOLAMINE (BROMHYDRATE DE)

Sol. Inj. 02242810	Scopolamine Hydrobromide Injection	Oméga	1	0,4 mg/mL 6,38	
-----------------------	---------------------------------------	-------	---	-------------------	--

Sol. Inj. 02242811	Scopolamine Hydrobromide Injection	Oméga	1	0,6 mg/mL 6,90	
-----------------------	---------------------------------------	-------	---	-------------------	--

Pd. pour inh. (App.) 02537850	TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) ■ Lupin-Tiotropium (LupinHaler)	Lupin	30	18 mcg PPB 30,17	
02246793	Spiriva Handihaler	Bo. Ing.	30	30,17	

Sol. pour Inh. (App.) 02435381	Spiriva Respimat	Bo. Ing.	60 dose(s)	2,5 mcg 51,90	
-----------------------------------	------------------	----------	------------	------------------	--

Pd. pour Inh. 02423596	UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') ■ Incruse Ellipta	GSK	30 dose(s)	62,5 mcg 50,00	
---------------------------	--	-----	------------	-------------------	--

12:12.04

#### AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE) ■ Co. 02517701	JAMP Midodrine	Jamp	100	2,5 mg PPB 11,53	0,1153
02473984	Mar-Midodrine	Marcan	100	11,53	0,1153
02278677	Midodrine	Apotex	100	11,53	0,1153
02533200	Midodrine	Sanis	100	11,53	0,1153

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				5 mg	PPB
02517728	JAMP Midodrine	Jamp	100	19,21	0,1921
02473992	Mar-Midodrine	Marcan	100	19,21	0,1921
02278685	Midodrine	Apotex	100	19,21	0,1921
02533219	Midodrine	Sanis	100	19,21	0,1921

#### 12:12.08

#### AGONISTES BÊTA-ADRÉNERGIQUES FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)

Pd. pour Inh.

				6 mcg /dose	
02237225	Oxeze Turbuhaler	AZC	60 dose(s)	33,24	

Pd. pour Inh.

				12 mcg/dose	
02237224	Oxeze Turbuhaler	AZC	60 dose(s)	44,28	

#### INDACATÉROL (MALÉATE D')

Pd. pour inh. (App.)

				75 mcg/caps.	
02376938	Onbrez Breezhaler	Novartis	30	46,50	

#### SALBUTAMOL

Aéro. oral

				100 mcg/dose	PPB
02232570	Airomir	Bausch H.	200 dose(s)	5,00	
02245669	Apo-Salbutamol HFA	Apotex	200 dose(s)	5,00	
02419858	Salbutamol HFA	Sanis	200 dose(s)	5,00	
02326450	Teva-Salbutamol HFA	Teva Can	200 dose(s)	5,00	
02241497	Ventolin HFA	GSK	200 dose(s)	6,00	

#### SALBUTAMOL (SULFATE DE)

Sol. pour Inh.

				0,5 mg/mL (2,5mL)	
02208245	pms-Salbutamol Polynebs	Phmscience	20	3,49	0,1745

Sol. pour Inh.

				1 mg/mL (2,5 mL)	PPB
02208229	pms-Salbutamol Polynebs	Phmscience	20	7,23	0,3615
01926934	Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.	Teva Can	20	7,23	0,3615
02213419	Ventolin Nebules P.F.	GSK	20	11,50	0,5750

Sol. pour Inh.

				2 mg/mL (2,5 mL)	PPB
02208237	pms-Salbutamol Polynebs	Phmscience	20	13,50	0,6750
02173360	Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.	Teva Can	20	13,50	0,6750
02213427	Ventolin Nebules P.F.	GSK	20	13,50	0,6750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. pour Inh. 02213486	Ventolin	GSK	10 ml	5 mg/mL 2,30	
----------------------------	----------	-----	-------	-----------------	--

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE) 	Pd. pour Inh. 02231129	Serevent Diskus	GSK	50 mcg/dose 60 dose(s)	52,64
---	---------------------------	-----------------	-----	---------------------------	-------

TERBUTALINE (SULFATE DE) 	Pd. pour Inh. 00786616	Bricanyl Turbuhaler	AZC	0,5 mg/dose 120 dose(s)	9,17
--	---------------------------	---------------------	-----	----------------------------	------

**12:12.12**  
**AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES**

**ÉPINÉPHRINE**

Sol. Inj. (App.) 02382059	Allerject	Kaleo	1	0,15 mg/dose  PPB	81,00
00578657	EpiPen Jr.	Pfizer	1		81,00

Sol. Inj. (App.) 02382067	Allerject	Kaleo	1	0,3 mg/dose  PPB	81,00
00509558	EpiPen	Pfizer	1		81,00

**ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')**

Sol. Inj. 02435810	Epinéphrine	Hikma	10	1 mg/mL 38,50	3,8500
-----------------------	-------------	-------	----	------------------	--------

**12:16.04**

**BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES**

**ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D') **

Co. L.A.

02519844	Alfuzosin	Sanis	100	10 mg  PPB	26,01
02447576	Alfuzosin	Sivem	100		26,01
02315866	Apo-Alfuzosin	Apotex	100		26,01
02443201	Auro-Alfuzosin	AuroPharma	100		26,01
02304678	Sandoz Alfuzosin	Sandoz	100		26,01
02245565	Xatral	SanofiAven	100		101,30

**DIHYDROERGOTAMINE (MÉSYLATE DE) **

Sol. Inj. 00027243	Dihydroergotamine	Sterimax	1 ml	1 mg/mL 3,88	
-----------------------	-------------------	----------	------	-----------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Vap. nasal				4 mg/mL	
02228947	<i>Migranal</i>	Sterimax	3	28,22	9,4067

<b>SILODOSINE</b> 				4 mg	<b>PPB</b>	
Caps.						
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	<b>PPB</b>	
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

<b>TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE)</b> 				0,4 mg	<b>PPB</b>	
Co. L.A. ou Caps. L.A.						
02362406	<i>Apo-Tamsulosin CR</i>	Apotex	30	4,50	►	0,1500
			100	15,00	►	0,1500
02545179	<i>Auro-Tamsulosin CR</i>	Aurobindo	30	4,50	►	0,1500
			100	15,00	►	0,1500
02352419	<i>Jamp-Tamsulosin</i>	Jamp	100	15,00	►	0,1500
02281392	<i>Novo-Tamsulosin</i>	Novopharm	100	15,00	R	
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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
02220644	<i>Cyclobenzaprine-10</i>	Pro Doc	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
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

**12:20.12**

**MYORELAXANTS DÉRIVÉS DU 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
02152584	<i>Baclofen-10</i>	Pro Doc	100	15,95 ➡	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
02242150	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	15,95 ➡	0,1595
			500	79,74 ➡	0,1595

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02139391	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	100	31,04	20 mg PPB ➡ 0,3104
02287048	<i>Baclofen</i>	Sanis	100	31,04	➡ 0,3104
02544679	<i>Baclofen</i>	Sivem	100	31,04	➡ 0,3104
02152592	<i>Baclofen-20</i>	Pro Doc	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
02242151	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	31,04	➡ 0,3104
			500	155,20	➡ 0,3104

Sol. Inj.

02413620	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	30,01	0,05 mg/mL (1 mL) PPB ➡ 6,0028
02457059	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	10	60,03	➡ 6,0028

Sol. Inj.

02413639	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	1	90,32	0,5 mg/mL (20 mL) PPB ➡
02457067	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	1	90,32	
02485508	<i>Baclofène Intrathécale</i>	Avir	1	90,32	

Sol. Inj.

02413647	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	451,67	2 mg/mL (5 mL) PPB ➡ 90,3340
02457075	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	10	903,34	➡ 90,3340

Sol. Inj.

99110593	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	1	361,34	2 mg/mL (20 mL) PPB ➡
02485516	<i>Baclofène Intrathécale</i>	Avir	1	361,34	

**12:20.92****DIVERS MYORELAXANTS****ORPHÉNADRINE (CITRATE D')**

Co. L.A.

02243559	<i>Sandoz Orphenadrine</i>	Sandoz	100	50,95	100 mg ➡ 0,5095
----------	----------------------------	--------	-----	-------	-----------------

**12:92****MÉDICAMENTS S.N.A. DIVERS****NICOTINE 1**

Gomme à mâcher

80069513	<i>Nicorette Menthe</i>	McNeil Co	105	26,49	2 mg PPB ➡ 0,2523
80000396	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	21,77	➡ 0,2016

- 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
Gomme à mâcher				4 mg PPB	
80069471 80000402	Nicorette Menthe Thrive	McNeil Co GSK CONS	105 108	26,49 28,47	0,2523 0,2636
Past. Or.				1 mg	
80007461	Thrive	GSK CONS	108	21,77	0,2016
Past. Or.				2 mg	
80007464	Thrive	GSK CONS	108	28,47	0,2636
Timbre cut.				7 mg/24 h PPB	
01943057 80044518	Habitrol Nicoderm	N.C.H.C. McNeil Co	7 7	18,75 18,75	2,6786 2,6786
Timbre cut.				14 mg/24 h PPB	
01943065 80044503	Habitrol Nicoderm	N.C.H.C. McNeil Co	7 7	18,75 18,75	2,6786 2,6786
Timbre cut.				21 mg/24 h PPB	
01943073 80044515	Habitrol Nicoderm	N.C.H.C. McNeil Co	7 7	18,75 18,75	2,6786 2,6786
<b>VARÉNICLINE (TARTRATE DE) 7</b>					
Co.				0,5 mg PPB	
02419882 02542951 02426226	Apo-Varenicline NRA-Varenicline Teva-Varenicline	Apotex Nora Teva Can	56 56 56	51,73 51,73 51,73	0,9237 0,9237 0,9237
Co.				0,5 mg et 1 mg PPB	
02435675 02542986 02426781	Apo-Varenicline (trousse) NRA-Varenicline (trousse de départ) Teva-Varenicline (trousse de départ)	Apotex Nora Teva Can	53 53 25	48,57 48,57 22,91	
Co.				1 mg PPB	
02419890 02542978 02426234	Apo-Varenicline NRA-Varenicline Teva-Varenicline	Apotex Nora Teva Can	56 56 28	51,72 51,72 25,86	0,9235 0,9235 0,9235

- 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 12e semaine. La durée du remboursement est alors limitée à un total de 24 semaines consécutives par période de 12 mois.



**20:00**  
**MÉDICAMENTS DU SANG**

- 20:04**      **antianémiques**  
20:04.04    préparations de fer  
**20:12**      **antithrombotiques**  
20:12.04    anticoagulants  
20:12.14    Réducteurs plaquettaires  
20:12.18    antiagrégants plaquettaires  
**20:28**      **antihémorragiques**  
20:28.16    hémostatiques



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### 20:04.04

##### PRÉPARATIONS DE FER DÉRISOMALTOSE FERRIQUE

Sol. Inj. I.V.

02477777	<i>Monoferric</i>	Pfizer	100 mg (Fe)/mL 1 ml 5 ml 10 ml	45,00 225,00 450,00	
----------	-------------------	--------	---	---------------------------	--

##### FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/ SUCROSE)

Sol. Inj. I.V.

02243333	<i>Ferrelcit</i>	SanofiAven	12,5 mg (Fe)/mL (5 mL) 10	241,33	24,1330
----------	------------------	------------	------------------------------	--------	---------

##### FERREUX (SULFATE)

Co.

02246733	<i>Euro-Ferrous Sulfate</i>	Sandoz	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

#### 20:12.04

##### ANTICOAGULANTS

##### DALTÉPARINE SODIQUE

Sol. Inj.

25 000 U/mL

02231171	<i>Fragmin</i>	Pfizer	3,8 ml	151,32	
----------	----------------	--------	--------	--------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. (ser) 02430789	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	3500 UI/0,28 mL 7,06	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02132621	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	2 500 UI/0,2 mL 5,04	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02132648	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	5 000 UI/0,2 mL 10,09	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352648	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	7 500 UI/0,3 mL 15,13	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352656	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	10 000 UI/0,4 mL 20,18	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352664	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	12 500 UI/0,5 mL 25,22	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352672	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	15 000 UI/0,6 mL 30,26	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02494582	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1 5	16 500 UI/0,66 mL 33,29 166,45	33,2900
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352680	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	18 000 UI/0,72 mL 36,32	
<b>ÉNOXAPARINE □</b>					
Sol. Inj. S.C. 02509121	<i>Redesca</i>	Valeo	3 ml	100 mg/mL 49,62	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02532247 02507501 02506459 02509075	<i>Elonox</i> <i>Inclunox</i> <i>Noromby</i> <i>Redesca</i>	Fresenius Sandoz Juno Valeo	10 10 10 10	30 mg/ 0,3 mL 49,12 49,62 49,12 49,62	4,9124 4,9620 4,9124 4,9620

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02532255	<i>Elinox</i>	Fresenius	10	40 mg/0,4 mL 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
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02532263	<i>Elinox</i>	Fresenius	10	60 mg/0,6 mL 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
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02532271	<i>Elinox</i>	Fresenius	10	80 mg/0,8 mL 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
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02532298	<i>Elinox</i>	Fresenius	10	100 mg/1,0 mL 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
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02532301	<i>Elinox HP</i>	Fresenius	10	120 mg/0,8 mL 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
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02532328	<i>Elinox HP</i>	Fresenius	10	150 mg/1,0 mL 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
<b>FONDAPARINUX </b>					
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02245531	<i>Arixtra</i>	Aspen	1	2,5 mg/0,5 mL PPB 9,86	
02406853	<i>Solution injectable de fondaparinux sodique</i>	Dr Reddy's	1	9,86	
<b>Sol. Inj. S.C. (ser)</b>					
02258056	<i>Arixtra</i>	Aspen	1	7,5 mg/0,6 mL PPB 17,50	
02406896	<i>Solution injectable de fondaparinux sodique</i>	Dr Reddy's	1	17,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### HÉPARINE SODIQUE

Sol. Inj.

00727520	<i>Héparine Léo</i>	Leo	10 ml	100 U/mL	4,26
----------	---------------------	-----	-------	----------	------

Sol. Inj.

00453811	<i>Héparine</i>	Leo	10 ml	1 000 U/mL	5,01
----------	-----------------	-----	-------	------------	------

Sol. Inj.

02382326	<i>Héparine sodique injectable, USP</i>	Pfizer	1 ml	10 000 U/mL	5,01
----------	---	--------	------	-------------	------

#### NADROPARINE CALCIQUE

Sol. Inj. S.C. (ser)

02236913	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	1	2 850 U/0,3 mL	2,72
----------	--------------------	-------	---	----------------	------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02450623	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	1	3 800 U/0,4 mL	3,63
----------	--------------------	-------	---	----------------	------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02450631	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	1	5 700 U/0,6 mL	5,44
----------	--------------------	-------	---	----------------	------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02450658	<i>Fraxiparine</i>	Aspen	1	9 500 U/1,0 mL	9,06
----------	--------------------	-------	---	----------------	------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02450674	<i>Fraxiparine Forte</i>	Aspen	1	11 400 U/0,6 mL	10,87
----------	--------------------------	-------	---	-----------------	-------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02450666	<i>Fraxiparine Forte</i>	Aspen	1	15 200 U/0,8 mL	14,50
----------	--------------------------	-------	---	-----------------	-------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02240114	<i>Fraxiparine Forte</i>	Aspen	1	19 000 U/1,0 mL	18,12
----------	--------------------------	-------	---	-----------------	-------

#### TINZAPARINE SODIQUE

Sol. Inj. S.C.

02167840	<i>Innohep</i>	Leo	2 ml	10 000 UI/mL	33,43
----------	----------------	-----	------	--------------	-------

Sol. Inj. S.C.

02229515	<i>Innohep</i>	Leo	10	20 000 UI/mL (2 mL)	679,00	67,9000
----------	----------------	-----	----	---------------------	--------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser) 02229755	Innohep	Leo	2 500 UI/0,25 mL 10	42,15	4,2150
Sol. Inj. S.C. (ser) 02358158	Innohep	Leo	3 500 UI/0,35 mL 10	59,00	5,9000
Sol. Inj. S.C. (ser) 02358166	Innohep	Leo	4 500 UI/0,45 mL 10	75,80	7,5800
Sol. Inj. S.C. (ser) 02429462	Innohep	Leo	8 000 UI/0,4 mL 10	137,71	13,7710
Sol. Inj. S.C. (ser) 02231478	Innohep	Leo	10 000 UI/ 0,5 mL 10	167,70	16,7700
Sol. Inj. S.C. (ser) 02429470	Innohep	Leo	12 000 UI/0,6 mL 10	206,57	20,6570
Sol. Inj. S.C. (ser) 02358174	Innohep	Leo	14 000 UI/ 0,7 mL 10	241,00	24,1000
Sol. Inj. S.C. (ser) 02429489	Innohep	Leo	16 000 UI/0,8 mL 10	275,43	27,5430
Sol. Inj. S.C. (ser) 02358182	Innohep	Leo	18 000 UI/0,9 mL 10	309,85	30,9850

#### WARFARINE SODIQUE □

Co.

			1 mg PPB		
02242924	Apo-Warfarin	Apotex	100	7,80	0,0780
02242680	Taro-Warfarin	Taro	500	39,00	0,0780
			100	7,80	0,0780
			250	19,50	0,0780

Co.

			2 mg PPB		
02242925	Apo-Warfarin	Apotex	100	8,25	0,0825
02242681	Taro-Warfarin	Taro	500	41,25	0,0825
			100	8,25	0,0825
			250	20,63	0,0825

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02242926	Apo-Warfarin	Apotex	100	2,5 mg PPB 6,60	0,0660
			500	33,00	0,0660
02242682	Taro-Warfarin	Taro	100	6,60	0,0660
			250	16,50	0,0660
Co.					
02245618	Apo-Warfarin	Apotex	100	3 mg PPB 10,23	0,1023
02242683	Taro-Warfarin	Taro	100	10,23	0,1023
Co.					
02242927	Apo-Warfarin	Apotex	100	4 mg PPB 10,23	0,1023
			500	51,15	0,1023
02242684	Taro-Warfarin	Taro	100	10,23	0,1023
			250	25,58	0,1023
Co.					
02242928	Apo-Warfarin	Apotex	100	5 mg PPB 6,62	0,0662
			500	33,10	0,0662
02242685	Taro-Warfarin	Taro	100	6,62	0,0662
			250	16,55	0,0662
Co.					
02242686	Taro-Warfarin	Taro	100	6 mg 17,53	0,1753
Co.					
02242697	Taro-Warfarin	Taro	100	7,5 mg 30,14	0,3014
Co.					
02242929	Apo-Warfarin	Apotex	100	10 mg PPB 11,87	0,1187
02242687	Taro-Warfarin	Taro	100	11,87	0,1187
Caps.					
02236859	Agrylin	Takeda	100	0,5 mg PPB 528,30	5,2830
02274949	pms-Anagrelide	Phmscience	100	263,61	2,6361

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### 20:12.18

#### ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES CLOPIDOGREL (BISULFATE DE)

Co.

			75 mg	PPB	
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
02303027	<i>Co Clopidogrel</i>	Cobalt	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
02445336	<i>Priva-Clopidogrel</i>	Pharmapar	100	26,31 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02388529	<i>Riva-Clopidogrel</i>	Riva	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02359316	<i>Sandoz Clopidogrel</i>	Sandoz	100	26,31 ➡	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

#### 20:28.16

#### 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
02519194	<i>Tranexamic Acide</i>	Jamp	100	29,67 ➡	0,2967



## **24:00**

### **MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES**

<b>24:04</b>	<b>cardiotropes</b>
24:04.04	antiarythmiques
24:04.08	cardiotoniques
<b>24:06</b>	<b>hypolipémiants</b>
24:06.04	sequestrants de l'acide biliaire
24:06.05	inhibiteurs de l'absorption du cholestérol
24:06.06	fibrates
24:06.08	inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase
24:06.92	hypolipémiants divers
<b>24:08</b>	<b>antihypertenseurs</b>
24:08.16	agonistes alpha-adrénergiques
24:08.20	vasodilatateurs à action directe
<b>24:12</b>	<b>vasodilatateurs</b>
24:12.08	nitrates et nitrites
<b>24:20</b>	<b>bloquants alpha-adrénergiques</b>
<b>24:24</b>	<b>bloquants bêta-adrénergiques</b>
<b>24:28</b>	<b>bloquants du canal calcique</b>
24:28.08	dihydropyridines
24:28.92	divers bloquants du canal calcique
<b>24:32</b>	<b>inhibiteurs syst. rénine-angiotensine-aldostérone</b>
24:32.04	inh. enzyme conversion de l'angiotensine (IECA)
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**

**ANTIARYTHMIQUES**

**AMIODARONE (CHLORHYDRATE D') **

Co.

02292173	<i>pms-Amiodarone</i>	Phmscience	100	100 mg 67,76	0,6776
----------	-----------------------	------------	-----	-----------------	--------

Co.

02364336	<i>Amiodarone</i>	Sanis	100	200 mg 37,06	PPB 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.

02224801	<i>Rythmodan</i>	Cheplaphar	84	100 mg 18,93	0,2254
----------	------------------	------------	----	-----------------	--------

**FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE) **

Co.

02516063	<i>AG-Flecainide</i>	Angita	100	50 mg 13,89	PPB 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.

02516071	<i>AG-Flecainide</i>	Angita	100	100 mg 27,79	PPB 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	<i>Mint-Mexiletine</i>	Mint	100	73,46	0,7346
02230359	<i>Teva-Mexiletine</i>	Teva Can	100	73,46	0,7346

Caps.

		200 mg PPB			
02536854	<i>Mint-Mexiletine</i>	Mint	100	98,37	0,9837
02230360	<i>Teva-Mexiletine</i>	Teva Can	100	98,37	0,9837

**PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

		150 mg PPB			
02243324	<i>Apo-Propafenone</i>	Apotex	100	29,65	0,2965
02457172	<i>Mylan-Propafenone</i>	Mylan	100	29,65	0,2965
02343053	<i>Propafenone</i>	Sanis	100	29,65	0,2965
00603708	<i>Rythmol</i>	BGP Pharma	100	94,10	0,9410

Co.

		300 mg PPB			
02243325	<i>Apo-Propafenone</i>	Apotex	100	52,27	0,5227
02457164	<i>Mylan-Propafenone</i>	Mylan	100	52,27	0,5227
02343061	<i>Propafenone</i>	Sanis	100	52,27	0,5227
00603716	<i>Rythmol</i>	BGP Pharma	100	165,86	1,6586

**24:04.08**

**CARDIOTONIQUES**

**DIGOXINE **

Co.

		0,0625 mg PPB			
02498502	<i>Jamp Digoxin</i>	Jamp	100	18,50	0,1850
02335700	<i>pms-Digoxin</i>	Phmscience	250	46,25	0,1850

Co.

		0,125 mg PPB			
02498510	<i>Jamp Digoxin</i>	Jamp	100	17,51	0,1751
02335719	<i>pms-Digoxin</i>	Phmscience	250	43,78	0,1751

Sol. Orale

		0,05 mg/mL			
02242320	<i>pms-Digoxin</i>	Phmscience	115 ml	42,45	0,3691

**MILRINONE (LACTATE DE) **

Sol. Inj. I.V.

		1 mg/mL PPB			
02521407	<i>Lactate de milrinone injectable</i>	Marcan	10 ml	39,78	
02244622	<i>Milrinone Lactate Injection</i>	Fresenius	10 ml	39,78	
			20 ml	79,56	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**24:06.04**

**SEQUESTRANTS DE L'ACIDE BILIAIRE**  
**CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE) □**

Pd. Orale

+ 02455609	Cholestyramine-Odan	Odan	30	4 g/sac. PPB 27,65 ➔	0,9217
* 02478595	Jamp-Cholestyramine	Jamp	30	27,65 ➔	0,9217

**COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE) □**

Pd. Orale

00642975	Colestid	Pfizer	30	5 g de colestipol/sac. 25,85	0,8617
----------	----------	--------	----	---------------------------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### 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
02425238	<i>Priva-Ezetimide</i>	Nora	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

#### 24:06.06

#### FIBRATES

#### BÉZAFIBRATE

Co. L.A.

			400 mg	PPB	
02083523	<i>Bezalip S.R.</i>	Aralez	30	15,21 ➡	0,5069
02453312	<i>Jamp-Bezafibrate SR</i>	Jamp	30	15,21 ➡	0,5069

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ) **

Co.

02246859	AA-Feno Super	AA Pharma	100	100 mg 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)	Fournier	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.

02269074	Lipidil EZ	BGP Pharma	30	48 mg 12,56	PPB
02390698	Sandoz Fenofibrate E	Sandoz	30	10,68	0,3560

**GEMFIBROZIL **

Co.

02142074	Teva-Gemfibrozil	Teva Can	100	600 mg 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	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	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	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	61,58	0,6842

Co.

			5 mg - 40 mg	PPB	
02411288	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	72,32	0,7232
02273268	Caduet	BGP Pharma	90	80,83	0,8981
02362775	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	65,09	0,7232

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
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>GD-Amlodipine/Atorvastatin</i>	Upjohn	90	65,09	0,7232
5 mg - 80 mg <b>PPB</b>					
Co.					
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>GD-Amlodipine/Atorvastatin</i>	Upjohn	90	55,13	0,6125
10 mg - 10 mg <b>PPB</b>					
Co.					
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>GD-Amlodipine/Atorvastatin</i>	Upjohn	90	68,72	0,7636
10 mg - 20 mg <b>PPB</b>					
Co.					
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>GD-Amlodipine/Atorvastatin</i>	Upjohn	90	72,00	0,8000
10 mg - 40 mg <b>PPB</b>					
Co.					
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>GD-Amlodipine/Atorvastatin</i>	Upjohn	90	72,00	0,8000
10 mg - 80 mg <b>PPB</b>					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ATORVASTATINE CALCIQUE R**

Co.

				10 mg	PPB
02457741	ACH-Atorvastatin	Accord	90	15,69 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02478145	AG-Atorvastatin	Angita	100	17,43 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02295261	Apo-Atorvastatin	Apotex	30	5,23 ➡	0,1743
			100	17,43 ➡	0,1743
02476940	Atorvastatin	Altamed	500	87,15 ➡	0,1743
02506076	Atorvastatin	Angita	30	5,23 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02496607	Atorvastatin	Nora	500	87,15 ➡	0,1743
02346486	Atorvastatin	Pro Doc	500	87,15 ➡	0,1743
02475022	Atorvastatin	Riva	30	5,23 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02348705	Atorvastatin	Sanis	500	87,15 ➡	0,1743
02411350	Atorvastatin-10	Sivem	100	17,43 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02407256	Auro-Atorvastatin	AuroPharma	90	15,69 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02481189	Bio-Atorvastatin	Biomed	500	87,15 ➡	0,1743
02503387	Jamp Atorvastatin	Jamp	100	17,43 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02504197	Jamp Atorvastatin Calcium	Jamp	30	5,23 ➡	0,1743
			100	17,43 ➡	0,1743
02391058	Jamp-Atorvastatin	Jamp	90	15,69 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02230711	Lipitor	BGP Pharma	90	155,69 ➡	1,7299
02454017	Mar-Atorvastatin	Marcan	100	17,43 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02471167	M-Atorvastatin	Mantra Ph.	30	5,23 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02479508	Mint-Atorvastatin	Mint	500	87,15 ➡	0,1743
02392933	Mylan-Atorvastatin	Mylan	90	15,69 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02476517	NRA-Atorvastatin	Nora	500	87,15 ➡	0,1743
02477149	pms-Atorvastatin	Phmscience	100	17,43 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02507234	pmSC-Atorvastatin	Phmscience	90	15,69 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02482886	Priva-Atorvastatin	Pharmapar	500	87,15 ➡	0,1743
02521555	PRZ-Atorvastatin	Pharmaris	500	87,15 ➡	0,1743
02417936	Reddy-Atorvastatin	Dr Reddy's	90	15,69 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02422751	Riva-Atorvastatin	Riva	30	5,23 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02324946	Sandoz Atorvastatin	Sandoz	30	5,23 ➡	0,1743
			100	17,43 ➡	0,1743
02313707	Taro-Atorvastatin	Sun Pharma	90	15,69 ➡	0,1743
			500	87,15 ➡	0,1743
02310899	Teva-Atorvastatin	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
02478153	<i>AG-Atorvastatin</i>	Angita	100	21,79	► 0,2179
			500	108,95	► 0,2179
02295288	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	6,54	► 0,2179
			100	21,79	► 0,2179
02476959	<i>Atorvastatin</i>	Altamed	500	108,95	► 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
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 Calcium</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>	Marcan	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	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
02482894	<i>Priva-Atorvastatin</i>	Pharmapar	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
02478161	<i>AG-Atorvastatin</i>	Angita	100	23,42	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02295296	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02476967	<i>Atorvastatin</i>	Altamed	500	117,10	► 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
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 Calcium</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>	Marcan	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	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
02482908	<i>Priva-Atorvastatin</i>	Pharmapar	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	ACH-Atorvastatin	Accord	90	21,08	► 0,2342
02478188	AG-Atorvastatin	Angita	100	23,42	► 0,2342
02295318	Apo-Atorvastatin	Apotex	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02476975	Atorvastatin	Altamed	100	23,42	► 0,2342
02506106	Atorvastatin	Angita	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02496631	Atorvastatin	Nora	100	23,42	► 0,2342
02346516	Atorvastatin	Pro Doc	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02475057	Atorvastatin	Riva	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02348748	Atorvastatin	Sanis	100	23,42	► 0,2342
02411385	Atorvastatin-80	Sivem	100	23,42	► 0,2342
02407280	Auro-Atorvastatin	AuroPharma	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02481219	Bio-Atorvastatin	Biomed	100	23,42	► 0,2342
02503417	Jamp Atorvastatin	Jamp	100	23,42	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02504235	Jamp Atorvastatin Calcium	Jamp	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02391082	Jamp-Atorvastatin	Jamp	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02243097	Lipitor	BGP Pharma	30	69,74	2,3247
02454041	Mar-Atorvastatin	Marcan	100	23,42	► 0,2342
02471191	M-Atorvastatin	Mantra Ph.	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02479532	Mint-Atorvastatin	Mint	500	117,10	► 0,2342
02392976	Mylan-Atorvastatin	Mylan	90	21,08	► 0,2342
02476541	NRA-Atorvastatin	Nora	100	23,42	► 0,2342
02507269	pmsc-Atorvastatin	Phmscience	90	21,08	► 0,2342
02482916	Priva-Atorvastatin	Phamarpar	500	117,10	► 0,2342
02521598	PRZ-Atorvastatin	Pharmaris	100	23,42	► 0,2342
02417960	Reddy-Atorvastatin	Dr Reddy's	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02422794	Riva-Atorvastatin	Riva	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02324970	Sandoz Atorvastatin	Sandoz	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02313758	Taro-Atorvastatin	Sun Pharma	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02310929	Teva-Atorvastatin	Teva Can	30	7,03	► 0,2342
			90	21,08	► 0,2342

**FLUVASTATINE SODIQUE ▼**

Caps.

20 mg					
02299224	Teva Fluvastatin	Teva Can	100	22,02	0,2202

Caps.

40 mg					
02299232	Teva Fluvastatin	Teva Can	100	30,92	0,3092

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.				80 mg	
02250527	Lescol XL	Novartis	28	40,01	1,4289

Co.				20 mg	PPB	
* 02248572	<i>Co Lovastatin</i>	Cobalt	30	14,76	R	
02220172	<i>Lovastatin</i>	AA Pharma	500	245,94	R	
			100	49,19	⇒	0,4919

Co.				40 mg	PPB	
* 02248573	<i>Co Lovastatin</i>	Cobalt	30	26,96	R	
02220180	<i>Lovastatin</i>	AA Pharma	100	89,85	R	
			100	89,85	⇒	0,8985

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.	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>Pravastatin-10</i>	Pro Doc	30	8,75	⇒	0,2916
02445379	<i>Priva-Pravastatin</i>	Pharmapar	100	29,16	⇒	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	30	8,75	⇒	0,2916
			100	29,16	⇒	0,2916

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
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>Pravastatin-20</i>	Pro Doc	30	10,32	0,3440
			100	34,40	0,3440
02445395	<i>Priva-Pravastatin</i>	Pharmapar	100	34,40	0,3440
			500	172,00	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	30	10,32	0,3440
			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>Pravastatin-40</i>	Pro Doc	30	12,43 ➔	0,4143
			100	41,43 ➔	0,4143
02445409	<i>Priva-Pravastatin</i>	Pharmapar	100	41,43 ➔	0,4143
			500	207,15 ➔	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	30	12,43 ➔	0,4143
			100	41,43 ➔	0,4143

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ROSVASTATINE CALCIQUE **

Co.

				5 mg	PPB
02438917	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	11,55 ➔	0,1283
			500	64,15 ➔	0,1283
02477033	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	12,83 ➔	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
02391252	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	12,83 ➔	0,1283
			500	64,15 ➔	0,1283
02413051	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	3,85 ➔	0,1283
			100	12,83 ➔	0,1283
02399164	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	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
02477483	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	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
02445417	<i>Priva-Rosuvastatin</i>	Pharmapar	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
02381176	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	3,85 ➔	0,1283
			100	12,83 ➔	0,1283
02405628	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	100	12,83 ➔	0,1283
			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
02477041	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	13,53 ➔	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
			500	67,65 ➔	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
02391260	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	13,53 ➔	0,1353
			500	67,65 ➔	0,1353
02413078	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	4,06 ➔	0,1353
			500	67,65 ➔	0,1353
02399172	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	30	4,06 ➔	0,1353
			100	13,53 ➔	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
02477491	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	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
02445425	<i>Priva-Rosuvastatin</i>	Pharmapar	100	13,53 ➔	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
02381184	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	4,06 ➔	0,1353
			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
02477068	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	16,92 ➔	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
			500	84,60 ➔	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
02391279	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	16,92 ➔	0,1692
			500	84,60 ➔	0,1692
02413086	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	5,08 ➔	0,1692
			500	84,60 ➔	0,1692
02399180	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	30	5,08 ➔	0,1692
			100	16,92 ➔	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
02477505	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	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
02445433	<i>Priva-Rosuvastatin</i>	Pharmapar	100	16,92 ➔	0,1692
			500	84,60 ➔	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
02381192	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,08 ➔	0,1692
			100	16,92 ➔	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
02477076	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	19,90 ➔	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
			500	99,50 ➔	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
02391287	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	19,90 ➔	0,1990
			500	99,50 ➔	0,1990
02413108	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	30	5,97 ➔	0,1990
			100	19,90 ➔	0,1990
02399199	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	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
02477513	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	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
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
02381206	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,97 ➔	0,1990
			100	19,90 ➔	0,1990
02405652	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	100	19,90 ➔	0,1990
02411652	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	5,97 ➔	0,1990
			100	19,90 ➔	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
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
02485745	<i>Priva-Simvastatin</i>	Pharmapar	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
02247221	<i>Simvastatin-10</i>	Pro Doc	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.					
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
02485753	<i>Priva-Simvastatin</i>	Pharmapar	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
02247222	<i>Simvastatin-20</i>	Pro Doc	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.					
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
02485761	<i>Priva-Simvastatin</i>	Pharmapar	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
02247223	<i>Simvastatin-40</i>	Pro Doc	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
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

**24:06.92****HYPOLIPÉMIANTS DIVERS****NIACINE**

Co.

*	00557412	<i>Jamp-Niacine</i>	Jamp	500 mg	PPB	
	01939130	<i>Niacine</i>	Odan	100	4,50	R
				500 mg	PPB	R
				500 mg	PPB	0,0750

**24:08.16****AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES****CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE) ■**

Co.

02538490	<i>Clonidine</i>	Sivem	100	0,1 mg	PPB	
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.

02538504	<i>Clonidine</i>	Sivem	100	0,2 mg	PPB	
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.

00360252	<i>Méthyldopa</i>	AA Pharma	100	125 mg	
				9,89	0,0989

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. 00360260	Méthyldopa	AA Pharma	100	250 mg 14,33	0,1433
-----------------	------------	-----------	-----	-----------------	--------

Co. 00426830	Méthyldopa	AA Pharma	100	500 mg 25,37	0,2537
-----------------	------------	-----------	-----	-----------------	--------

**24:08.20**

**VASODILATATEURS À ACTION DIRECTE**

**DIAZOXIDE **

Caps.

Co. 00503347	Proglycem	Merck	100	100 mg 161,41	1,6141
-----------------	-----------	-------	-----	------------------	--------

**HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D') **

Co.

00441619	Apo-Hydralazine	Apotex	100	10 mg <b>PPB</b> 3,55	0,0355
02539802	Hydralazine	Sanis	100	3,55	0,0355
02457865	Jamp-Hydralazine	Jamp	100	3,55	0,0355
02468778	Mint-Hydralazine	Mint	100	3,55	0,0355

Co.

00441627	Apo-Hydralazine	Apotex	100	25 mg <b>PPB</b> 6,09	0,0609
02539810	Hydralazine	Sanis	100	6,09	0,0609
02457873	Jamp-Hydralazine	Jamp	100	6,09	0,0609
02468786	Mint-Hydralazine	Mint	100	6,09	0,0609

**MINOXIDIL **

Co.

00514497	Loniten	Pfizer	100	2,5 mg 33,30	0,3330
----------	---------	--------	-----	-----------------	--------

Co.

00514500	Loniten	Pfizer	100	10 mg 73,42	0,7342
----------	---------	--------	-----	----------------	--------

**24:12.08**

**NITRATES ET NITRITES**

**DINITRATE D'ISOSORBIDE**

Co.

00441686	Isdn	AA Pharma	100	10 mg 3,65	0,0365
----------	------	-----------	-----	---------------	--------

Co.

00441694	Isdn	AA Pharma	100	30 mg 8,57	0,0857
----------	------	-----------	-----	---------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### ISOSORBIDE-5-MONONITRATE

Co. L.A.

			60 mg	PPB	
02272830	Apo-ISMN	Apotex	100	35,23	0,3523
02126559	Imdur	AZC	30	20,55	0,6850
			100	68,50	0,6850
02301288	pms-ISMN	Phmscience	30	10,57	0,3523
			100	35,23	0,3523
02311321	Pro-ISMN-60	Pro Doc	100	35,23	0,3523

#### TRINITRATE DE GLYCÉRYLE

Pulv. S.- Ling.

			0,4 mg	PPB	
02231441	Nitrolingual Pompe	SanofiAven	200 dose(s)	13,37	
02238998	Rho-Nitro	Sandoz	200 dose(s)	8,42	

Timbre cut.

			0,2 mg/h	PPB	
02407442	Mylan-Nitro Patch 0.2	Mylan	30	13,39	0,4463
01911910	Nitro-Dur	Dr Reddy's	30	13,39	0,4463
02230732	Trinipatch	Paladin	30	13,39	0,4463

Timbre cut.

			0,4 mg/h	PPB	
02407450	Mylan-Nitro Patch 0.4	Mylan	30	14,11	0,4703
01911902	Nitro-Dur	Dr Reddy's	30	14,11	0,4703
02230733	Trinipatch	Paladin	30	14,11	0,4703

Timbre cut.

			0,6 mg/h	PPB	
02407469	Mylan-Nitro Patch 0.6	Mylan	30	14,11	0,4703
01911929	Nitro-Dur	Dr Reddy's	30	14,11	0,4703
02046156	Transderm-Nitro	Novartis	30	21,20	0,7067
02230734	Trinipatch	Paladin	30	14,11	0,4703

Timbre cut.

			0,8 mg/h	PPB	
02407477	Mylan-Nitro Patch 0.8	Mylan	30	26,23	0,8743
02011271	Nitro-Dur	Dr Reddy's	30	26,23	0,8743

#### TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)

Co. S-Ling.

			0,3 mg		
00037613	Nitrostat	BGP Pharma	100	16,78	

Co. S-Ling.

			0,6 mg		
00037621	Nitrostat	BGP Pharma	100	16,78	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**24:20**

**BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES**

**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	
01934198	<i>Teva-Prazosin</i>	Teva Can	100	13,71	0,1371

Co.

				2 mg	
01934201	<i>Teva-Prazosin</i>	Teva Can	100	18,62	0,1862

Co.

				5 mg	
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
02230805	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100	18,35	► 0,1835

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
02237477	<i>Terazosin-2</i>	Pro Doc	100	23,33	► 0,2333
02230806	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100	23,33	► 0,2333

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02234504	Apo-Terazosin	Apotex	100	31,68	0,3168
02243520	pms-Terazosin	Phmscience	100	31,68	0,3168
02237478	Terazosin-5	Pro Doc	100	31,68	0,3168
02230807	Teva-Terazosin	Teva Can	100	31,68	0,3168
5 mg PPB					
Co.					
02234505	Apo-Terazosin	Apotex	100	46,37	0,4637
02243521	pms-Terazosin	Phmscience	100	46,37	0,4637
02230808	Teva-Terazosin	Teva Can	100	46,37	0,4637
10 mg PPB					
<b>24:24</b>					
<b>BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES</b>					
<b>ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D')</b> 					
Co.					
02164396	Acebutolol-100	Pro Doc	100	7,87	R
02147602	Apo-Acébutolol	Apotex	100	18,71	0,1871
			500	93,55	0,1871
02204517	Teva-Acebutolol	Teva Can	100	18,71	0,1871
100 mg PPB					
Co.					
02164418	Acebutolol-200	Pro Doc	100	11,77	R
02147610	Apo-Acébutolol	Apotex	100	28,08	0,2808
			500	140,40	0,2808
02204525	Teva-Acebutolol	Teva Can	100	28,08	0,2808
200 mg PPB					
Co.					
02164426	Acebutolol-400	Pro Doc	100	24,66	R
02147629	Apo-Acébutolol	Apotex	100	53,48	0,5348
02204533	Teva-Acebutolol	Teva Can	100	53,48	0,5348
400 mg PPB					
<b>ATÉNOLOL</b> 					
Co.					
02369176	AG-Atenolol	Angita	100	4,41	0,0441
02326701	Atenolol	Pro Doc	100	4,41	0,0441
			500	22,05	0,0441
02541564	Atenolol	Sivem	100	4,41	0,0441
02367556	Jamp-Atenolol	Jamp	100	4,41	0,0441
02371979	Mar-Atenolol	Marcan	100	4,41	0,0441
			500	22,05	0,0441
02368013	Mint-Atenol	Mint	100	4,41	0,0441
02246581	pms-Atenolol	Phmscience	100	4,41	0,0441
			500	22,05	0,0441
02277379	Riva-Atenolol	Riva	100	4,41	0,0441
			500	22,05	0,0441
02373963	Taro-Atenolol	Sun Pharma	100	4,41	0,0441
02266660	Teva-Atenol	Teva Can	100	4,41	0,0441
25 mg PPB					

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
00828807	<i>Aténolol-50</i>	Pro Doc	30	2,81	► 0,0938
			500	46,90	► 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
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>	Atnahs	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
00828793	<i>Aténolol-100</i>	Pro Doc	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
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>	Atnahs	30	29,44	0,9813
02171805	<i>Teva-Atenolol</i>	Teva Can	100	15,43	► 0,1543
			500	77,15	► 0,1543

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**BISOPROLOL (FUMARATE DE) **

Co.

02544245	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	100	1,25 mg 1,25 mg	0,0152
----------	-------------------	--------	-----	--------------------	--------

Co.

02544253	Sandoz Bisoprolol	Sandoz	100	2,5 mg 2,5 mg	0,0303
----------	-------------------	--------	-----	------------------	--------

Co.

02521156	<i>AG-Bisoprolol</i>	Angita	100	5 mg 6,06	PPB 0,0606
02256134	<i>Apo-Bisoprolol</i>	Apotex	100	6,06	► 0,0606
02391589	<i>Bisoprolol</i>	Sanis	100	6,06	► 0,0606
02495562	<i>Bisoprolol</i>	Sivem	100	6,06	► 0,0606
02518805	<i>Jamp Bisoprolol</i>	Jamp	100	6,06	► 0,0606
02465612	<i>Mint-Bisoprolol</i>	Mint	100	6,06	► 0,0606
02302632	<i>pms-Bisoprolol</i>	Phmscience	100	6,06	► 0,0606
02306999	<i>Pro-Bisoprolol-5</i>	Pro Doc	100	6,06	► 0,0606
02471264	<i>Riva-Bisoprolol</i>	Riva	100	6,06	► 0,0606
02247439	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	6,06	► 0,0606
02494035	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	6,06	► 0,0606
02267470	<i>Teva-Bisoprolol</i>	Teva Can	100	6,06	► 0,0606

Co.

02521164	<i>AG-Bisoprolol</i>	Angita	100	10 mg 8,85	PPB 0,0885
02256177	<i>Apo-Bisoprolol</i>	Apotex	100	8,85	► 0,0885
02391597	<i>Bisoprolol</i>	Sanis	100	8,85	► 0,0885
02495570	<i>Bisoprolol</i>	Sivem	100	8,85	► 0,0885
02518791	<i>Jamp Bisoprolol</i>	Jamp	100	8,85	► 0,0885
02465620	<i>Mint-Bisoprolol</i>	Mint	100	8,85	► 0,0885
02302640	<i>pms-Bisoprolol</i>	Phmscience	100	8,85	► 0,0885
02307006	<i>Pro-Bisoprolol-10</i>	Pro Doc	100	8,85	► 0,0885
02471272	<i>Riva-Bisoprolol</i>	Riva	100	8,85	► 0,0885
02247440	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	8,85	► 0,0885
02494043	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	8,85	► 0,0885
02267489	<i>Teva-Bisoprolol</i>	Teva Can	100	8,85	► 0,0885

**CARVÉDILOL **

Co.

02247933	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	3,125 mg 20,60	PPB 0,2060
02418495	<i>Auro-Carvedilol</i>	AuroPharma	100	20,60	► 0,2060
			1000	206,00	► 0,2060
02324504	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	20,60	► 0,2060
02364913	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	20,60	► 0,2060
02248752	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	20,60	► 0,2060
02368897	<i>Jamp-Carvedilol</i>	Jamp	100	20,60	► 0,2060
02245914	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	20,60	► 0,2060
02252309	<i>Teva-Carvédilol</i>	Teva Can	100	20,60	► 0,2060

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				6,25 mg	PPB
02247934	Apo-Carvédilol	Apotex	100	20,60	► 0,2060
02418509	Auro-Carvedilol	AuroPharma	100	20,60	► 0,2060
			1000	206,00	► 0,2060
02324512	Carvedilol	Pro Doc	100	20,60	► 0,2060
02364921	Carvedilol	Sanis	100	20,60	► 0,2060
02248753	Carvedilol	Sivem	100	20,60	► 0,2060
02368900	Jamp-Carvedilol	Jamp	100	20,60	► 0,2060
02245915	pms-Carvédilol	Phmscience	100	20,60	► 0,2060
02252317	Teva-Carvédilol	Teva Can	100	20,60	► 0,2060

Co.

				12,5 mg	PPB
02247935	Apo-Carvédilol	Apotex	100	20,60	► 0,2060
02418517	Auro-Carvedilol	AuroPharma	100	20,60	► 0,2060
			1000	206,00	► 0,2060
02324520	Carvedilol	Pro Doc	100	20,60	► 0,2060
02364948	Carvedilol	Sanis	100	20,60	► 0,2060
02248754	Carvedilol	Sivem	100	20,60	► 0,2060
02368919	Jamp-Carvedilol	Jamp	100	20,60	► 0,2060
02245916	pms-Carvédilol	Phmscience	100	20,60	► 0,2060
02252325	Teva-Carvédilol	Teva Can	100	20,60	► 0,2060

Co.

				25 mg	PPB
*	02247936	Apo-Carvédilol	Apotex	100	20,60
	02418525	Auro-Carvedilol	AuroPharma	100	20,60
			1000	206,00	► 0,2060
02324539	Carvedilol	Pro Doc	100	20,60	► 0,2060
02364956	Carvedilol	Sanis	100	20,60	► 0,2060
02248755	Carvedilol	Sivem	100	20,60	► 0,2060
02368927	Jamp-Carvedilol	Jamp	100	20,60	► 0,2060
02245917	pms-Carvédilol	Phmscience	100	20,60	► 0,2060
02252333	Teva-Carvédilol	Teva Can	100	20,60	► 0,2060

**LABETALOL (CHLORHYDRATE DE) □**

Co.

				100 mg	PPB
02243538	Apo-Labetalol	Apotex	100	19,83	► 0,1983
02489406	Riva-Labetalol	Riva	100	19,83	► 0,1983
02106272	Trandate	Paladin	100	26,00	0,2600

Co.

				200 mg	PPB
02243539	Apo-Labetalol	Apotex	100	35,04	► 0,3504
02489414	Riva-Labetalol	Riva	100	35,04	► 0,3504
02106280	Trandate	Paladin	100	45,95	0,4595

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**MÉTOPROLOL (TARTRATE DE) **

Co.

25 mg PPB					
02481308	AG-Metoprolol-L	Angita	100	6,43 ➡	0,0643
			500	32,15 ➡	0,0643
02246010	Apo-Metoprolol	Apotex	100	6,43 ➡	0,0643
			1000	64,30 ➡	0,0643
02356813	Jamp-Metoprolol-L	Jamp	100	6,43 ➡	0,0643
			500	32,15 ➡	0,0643
02296713	Metoprolol	Pro Doc	1000	64,30 ➡	0,0643
02442116	Metoprolol-L	Sivem	100	6,43 ➡	0,0643
			500	32,15 ➡	0,0643
02248855	pms-Metoprolol-L 25 mg	Phmscience	100	6,43 ➡	0,0643
			500	32,15 ➡	0,0643
02315300	Riva-Metoprolol-L	Riva	100	6,43 ➡	0,0643
			500	32,15 ➡	0,0643
02261898	Teva-Metoprolol	Teva Can	100	6,43 ➡	0,0643

Co.

100 mg PPB					
02481324	AG-Metoprolol-L	Angita	100	12,50 ➡	0,1250
00618640	Apo-Metoprolol 100 mg	Apotex	100	12,50 ➡	0,1250
			1000	124,95 ➡	0,1250
00751170	Apo-Metoprolol L 100 mg	Apotex	100	12,50 ➡	0,1250
			1000	124,95 ➡	0,1250
02356848	Jamp-Metoprolol-L	Jamp	100	12,50 ➡	0,1250
			500	62,48 ➡	0,1250
02350408	Metoprolol 100 mg	Sanis	100	12,50 ➡	0,1250
			500	62,48 ➡	0,1250
00648027	Metoprolol-L	Pro Doc	1000	124,95 ➡	0,1250
02442132	Metoprolol-L	Sivem	100	12,50 ➡	0,1250
			1000	124,95 ➡	0,1250
02230804	pms-Metoprolol-L	Phmscience	100	12,50 ➡	0,1250
			500	62,48 ➡	0,1250
02315327	Riva-Metoprolol-L	Riva	100	12,50 ➡	0,1250
			1000	124,95 ➡	0,1250
00648043	Teva-Metoprolol	Teva Can	100	12,50 ➡	0,1250
			500	62,48 ➡	0,1250
00842656	Teva-Metoprolol	Teva Can	100	12,50 ➡	0,1250
			500	62,48 ➡	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	
00648019	<i>Metoprolol-L</i>	Pro Doc	1000	62,38	►	0,0624
02442124	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	6,24	►	0,0624
			1000	62,38	►	0,0624
02230803	<i>pms-Metoprolol-L</i>	Phmscience	100	6,24	►	0,0624
			500	31,19	►	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

00755877	<i>Apo-Pindol</i>	Apotex	100	13,61	R	
00869007	<i>Teva-Pindolol</i>	Teva Can	100	40,68	►	0,4068
			500	203,40	►	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	500	347,35	►	0,6947
			100	78,06		0,7806

Co.

15 mg

00869023	<i>Teva-Pindolol</i>	Teva Can	100	33,70		0,3370
----------	----------------------	----------	-----	-------	--	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE** 

Co.

00568627	Viskazide 10/25	Xediton	105	10 mg -25 mg 80,28	0,7646
----------	-----------------	---------	-----	-----------------------	--------

**PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

00496480	Teva-Propranolol	Teva Can	100 1000	10 mg 6,31 63,10	0,0631 0,0631
----------	------------------	----------	-------------	------------------------	------------------

Co.

00496499	Teva-Propranolol	Teva Can	100 1000	40 mg 11,42 114,20	0,1142 0,1142
----------	------------------	----------	-------------	--------------------------	------------------

**SOTALOL (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

02210428	Apo-Sotalol	Apotex	100	80 mg <b>PPB</b> 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.

02167794	Apo-Sotalol	Apotex	100	160 mg <b>PPB</b> 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
02272172	Riva-Sotalol	Riva	100	16,23	0,1623

**TIMOLOL (MALÉATE DE)** 

Co.

00755842	Timol	AA Pharma	100	5 mg 16,49	0,1649
----------	-------	-----------	-----	---------------	--------

Co.

00755850	Timol	AA Pharma	100	10 mg 25,72	0,2572
----------	-------	-----------	-----	----------------	--------

Co.

00755869	Timol	AA Pharma	100	20 mg 50,05	0,5005
----------	-------	-----------	-----	----------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**24:28.08**

**DIHYDROPYRIDINES**

**AMLODIPINE (BÉSYLATE D') ■**

Co.

			2,5 mg	PPB	
	02297477	<i>ACT Amlodipine</i>	Teva Can	100 7,67 ➡	0,0767
+	02369222	<i>AG-Amlodipine</i>	Angita	100 7,67 ➡	0,0767
	02490781	<i>Amlodipine</i>	Altamed	100 7,67 ➡	0,0767
	02492199	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100 7,67 ➡	0,0767
	02326795	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	100 7,67 ➡ 500 38,35 ➡	0,0767 0,0767
	02478587	<i>Amlodipine</i>	Sanis	100 7,67 ➡	0,0767
	02385783	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100 7,67 ➡	0,0767
	02419556	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100 7,67 ➡	0,0767
	02392127	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100 7,67 ➡	0,0767
	02357186	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	30 2,30 ➡ 100 7,67 ➡	0,0767 0,0767
	02468018	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	100 7,67 ➡	0,0767
	02371707	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcan	100 7,67 ➡ 500 38,35 ➡	0,0767 0,0767
	02476452	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	100 7,67 ➡	0,0767
	02469022	<i>Pharma-Amlodipine</i>	Phmscience	100 7,67 ➡	0,0767
	02295148	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100 7,67 ➡	0,0767
	02444445	<i>Priva-Amlodipine</i>	Nora	100 7,67 ➡	0,0767
	02522500	<i>PRZ-Amlodipine</i>	Pharmaris	100 7,67 ➡	0,0767
	02331489	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100 7,67 ➡	0,0767
	02330474	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100 7,67 ➡ 500 38,35 ➡	0,0767 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
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>	Marcan	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
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
02444453	<i>Priva-Amlodipine</i>	Nora	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
02250497	<i>Teva-Amlodipine</i>	Teva Can	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
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
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
02444461	<i>Priva-Amlodipine</i>	Nora	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
02250500	<i>Teva-Amlodipine</i>	Teva Can	100	19,93	► 0,1993
			250	49,83	► 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>GD-Amlodipine/Atorvastatin</i>	Upjohn	90	52,22	► 0,5802

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02411261	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	68,42	0,6842
02273241	Caduet	BGP Pharma	90	77,32	0,8591
02362767	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	61,58	0,6842
Co.					
02411288	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	72,32	0,7232
02273268	Caduet	BGP Pharma	90	80,83	0,8981
02362775	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	65,09	0,7232
Co.					
02411296	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	72,32	0,7232
02273276	Caduet	BGP Pharma	90	80,83	0,8981
02362783	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	65,09	0,7232
Co.					
02411318	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	61,25	0,6125
02273284	Caduet	BGP Pharma	90	82,75	0,9194
02362791	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	55,13	0,6125
Co.					
02411326	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	76,36	0,7636
02273292	Caduet	BGP Pharma	90	92,11	1,0234
02362805	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	68,72	0,7636
Co.					
02411334	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	80,00	0,8000
02273306	Caduet	BGP Pharma	90	95,62	1,0624
02362813	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	72,00	0,8000
Co.					
02411342	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	80,00	0,8000
02273314	Caduet	BGP Pharma	90	95,62	1,0624
02362821	GD-Amlodipine/Atorvastatin	Upjohn	90	72,00	0,8000
<b>FÉLODIPINE</b>					
Co. L.A.					
02452367	Apo-Felodipine	Apotex	100	38,15	0,3815
02057778	Plendil	Glenwood	30	15,27	0,5090
Co. L.A.					
02452375	Apo-Felodipine	Apotex	100	33,98	0,3398
00851779	Plendil	AZC	30	20,40	0,6800
02280264	Sandoz Felodipine	Sandoz	100	33,98	0,3398

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.

02452383	Apo-Felodipine	Apotex	100	10 mg PPB 50,98 ➡	0,5098
00851787	Plendil	Glenwood	30	30,62	1,0207
02280272	Sandoz Felodipine	Sandoz	100	50,98 ➡	0,5098

**NIFÉDIPINE**

Caps.

00725110	Nifedipine	AA Pharma	100	5 mg 36,79	0,3679
----------	------------	-----------	-----	---------------	--------

Co. L.A. (24 h)

02155907	Adalat XL	Bayer	28	30 mg PPB 17,28	0,6171
02349167	Mylan-Nifedipine Extended Release	Mylan	98	60,48	0,6171
02421631	Nifedipine ER	Pro Doc	100	61,71	0,6171
02533332	pmsc-Nifedipine ER	Phmscience	30	18,51 ➡	0,6170
02534843	Pro-Nifedipine ER	Pro Doc	100	61,70 ➡	0,6170

Co. L.A. (24 h)

02511460	AG-Nifedipine ER	Angita	100	60 mg PPB 93,73 ➡	0,9373
02511711	Jamp Nifedipine ER	Jamp	100	93,73 ➡	0,9373
02511649	M-Nifedipine ER	Mantra Ph.	100	93,73 ➡	0,9373
02321149	Mylan-Nifedipine Extended Release	Mylan	100	93,74	0,9374
02421658	Nifedipine ER	Pro Doc	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,73 ➡	0,9373
02416301	pms-Nifedipine ER	Phmscience	30	28,12 ➡	0,9373
			100	93,73 ➡	0,9373

**NIMODIPINE**

Co.

02325926	Nimotop	Bayer	100	30 mg 988,00	9,8800
----------	---------	-------	-----	-----------------	--------

**24:28.92****DIVERS BLOQUANTS DU CANAL CALCIQUE****DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE)**

Caps. L.A.

02370441	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	120 mg PPB 21,33 ➡	0,2133
02516101	Diltiazem T	Sanis	100	21,33 ➡	0,2133
02495376	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	21,33 ➡	0,2133
02465353	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	21,33 ➡	0,2133
02546434	M-Diltiazem T	Mantra Ph.	100	21,33 ➡	0,2133
02271605	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	21,33 ➡	0,2133
02245918	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	21,33 ➡	0,2133
02231150	Tiazac	Bausch H.	100	83,49	0,8349

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

## Caps. L.A.

			180 mg	PPB	
02370492	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	28,89	► 0,2889
02516128	Diltiazem T	Sanis	100	28,89	► 0,2889
02495384	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	28,89	► 0,2889
02465361	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	28,89	► 0,2889
02546442	M-Diltiazem T	Mantra Ph.	100	28,89	► 0,2889
02271613	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	28,89	► 0,2889
02245919	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	28,89	► 0,2889
			500	144,45	► 0,2889
02231151	Tiazac	Bausch H.	100	112,48	1,1248

## Caps. L.A.

			240 mg	PPB	
02370506	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	38,32	► 0,3832
02516136	Diltiazem T	Sanis	100	38,32	► 0,3832
02495392	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	38,32	► 0,3832
02465388	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	38,32	► 0,3832
02546450	M-Diltiazem T	Mantra Ph.	100	38,32	► 0,3832
02271621	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	38,32	► 0,3832
02231152	Tiazac	Bausch H.	100	149,20	1,4920

## Caps. L.A.

			300 mg	PPB	
02370514	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	47,19	► 0,4719
02516144	Diltiazem T	Sanis	100	47,19	► 0,4719
02495406	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	47,19	► 0,4719
02465396	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	47,19	► 0,4719
02546469	M-Diltiazem T	Mantra Ph.	100	47,19	► 0,4719
02271648	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	47,19	► 0,4719
02245921	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	47,19	► 0,4719
			500	235,95	► 0,4719
02231154	Tiazac	Bausch H.	100	183,75	1,8375

## Caps. L.A.

			360 mg	PPB	
02370522	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	57,78	► 0,5778
02516152	Diltiazem T	Sanis	100	57,78	► 0,5778
02495414	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	57,78	► 0,5778
02465418	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	57,78	► 0,5778
02546477	M-Diltiazem T	Mantra Ph.	100	57,78	► 0,5778
02271656	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	57,78	► 0,5778
02231155	Tiazac	Bausch H.	100	224,97	2,2497

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Caps. L.A. (24 h)</b>					
				<b>120 mg PPB</b>	
02370611	<i>ACT Diltiazem CD</i>	ActavisPhm	100	35,29	► 0,3529
			500	176,45	► 0,3529
02230997	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	100	35,29	► 0,3529
			500	176,45	► 0,3529
02400421	<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	100	35,29	► 0,3529
02445999	<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	100	35,29	► 0,3529
02528037	<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	100	35,29	► 0,3529
02484064	<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	100	35,29	► 0,3529
02546086	<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	100	35,29	► 0,3529
02540924	<i>Pro-Diltiazem CD</i>	Pro Doc	100	35,29	► 0,3529
02243338	<i>Sandoz Diltiazem CD</i>	Sandoz	100	35,29	► 0,3529
02242538	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	35,29	► 0,3529
			500	176,45	► 0,3529
<b>Caps. L.A. (24 h)</b>					
				<b>180 mg PPB</b>	
02370638	<i>ACT Diltiazem CD</i>	ActavisPhm	100	46,84	► 0,4684
			500	234,20	► 0,4684
02230998	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	100	46,84	► 0,4684
			500	234,20	► 0,4684
02400448	<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	100	46,84	► 0,4684
02446006	<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	100	46,84	► 0,4684
02528045	<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	100	46,84	► 0,4684
02484072	<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	100	46,84	► 0,4684
02546094	<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	100	46,84	► 0,4684
02540932	<i>Pro-Diltiazem CD</i>	Pro Doc	100	46,84	► 0,4684
02243339	<i>Sandoz Diltiazem CD</i>	Sandoz	100	46,84	► 0,4684
02242539	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	46,84	► 0,4684
			500	234,20	► 0,4684
<b>Caps. L.A. (24 h)</b>					
				<b>240 mg PPB</b>	
02230999	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	100	62,13	► 0,6213
			500	310,65	► 0,6213
02400456	<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	100	62,13	► 0,6213
02446014	<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	100	62,13	► 0,6213
02528053	<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	100	62,13	► 0,6213
02484080	<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	100	62,13	► 0,6213
02546108	<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	100	62,13	► 0,6213
02540940	<i>Pro-Diltiazem CD</i>	Pro Doc	100	62,13	► 0,6213
02243340	<i>Sandoz Diltiazem CD</i>	Sandoz	100	62,13	► 0,6213
02242540	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	62,13	► 0,6213
			500	310,65	► 0,6213

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)					
02370654	ACT Diltiazem CD	ActavisPhm	100	300 mg PPB 77,66 ➔	0,7766
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
02243341	Sandoz Diltiazem CD	Sandoz	100	77,66 ➔	0,7766
02242541	Teva-Diltiazem CD	Teva Can	100	77,66 ➔	0,7766
Co.					
00771376	Diltiaz	AA Pharma	100	30 mg 18,66	0,1866
Co.					
00771384	Diltiaz	AA Pharma	100	60 mg 32,73	0,3273
Co. L.A.					
02256738	Tiazac XC	Bausch H.	90	120 mg 71,39	0,7932
Co. L.A.					
02429322	Teva-Diltiazem XC	Teva Can	100	180 mg PPB 91,95 ➔	0,9195
02256746	Tiazac XC	Bausch H.	90	94,85	1,0539
Co. L.A.					
02429330	Teva-Diltiazem XC	Teva Can	100	240 mg PPB 122,12 ➔	1,2212
02256754	Tiazac XC	Bausch H.	90	126,07	1,4008
Co. L.A.					
02429349	Teva-Diltiazem XC	Teva Can	100	300 mg PPB 121,75 ➔	1,2175
02256762	Tiazac XC	Bausch H.	90	125,82	1,3980
Co. L.A.					
02429357	Teva-Diltiazem XC	Teva Can	100	360 mg PPB 122,11 ➔	1,2211
02256770	Tiazac XC	Bausch H.	90	126,07	1,4008
VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) ■					
Co.					
00782483	Apo-Verap	Apotex	100	80 mg PPB 27,35 ➔	0,2735
* 02237921	Mylan-Verapamil	Mylan	100	27,35	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				120 mg PPB	
00782491	Apo-Verap	Apotex	100	42,50	0,4250
02237922	Mylan-Verapamil	Mylan	100	42,50	0,4250
Co. L.A.				120 mg PPB	
01907123	Isoptin SR	BGP Pharma	100	101,78	1,0178
02210347	Mylan-Verapamil SR	Mylan	100	50,78	0,5078
Co. L.A.				180 mg PPB	
01934317	Isoptin SR	BGP Pharma	100	114,94	1,1494
02450488	Mylan-Verapamil SR	Mylan	100	52,04	0,5204
Co. L.A.				240 mg PPB	
00742554	Isoptin SR	BGP Pharma	100	153,25	1,5325
02450496	Mylan-Verapamil SR	Mylan	100	50,75	0,5075
			500	253,75	0,5075
<b>24:32.04</b>					
<b>INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)</b>					
<b>BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) R</b>					
Co.				5 mg	
02290332	Benazepril	AA Pharma	100	55,77	0,5577
Co.				10 mg	
02290340	Benazepril	AA Pharma	100	65,95	0,6595
Co.				20 mg	
02273918	Benazepril	AA Pharma	100	75,67	0,7567
<b>CAPTOPRIL R</b>					
Co.				12,5 mg	
01942964	Teva-Captopril	Teva Can	100	10,60	0,1060
Co.				25 mg	
01942972	Teva-Captopril	Teva Can	100	15,00	0,1500
Co.				50 mg	
01942980	Teva-Captopril	Teva Can	100	27,95	0,2795
Co.				100 mg	
01942999	Teva-Captopril	Teva Can	100	51,98	0,5198

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CILAZAPRIL** 

Co.

* 02283778	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	1 mg 34,26	0,3426
------------	-------------------------	-------	-----	---------------	--------

Co.

02291142	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	2,5 mg 17,95	PPB 0,1795
01911473	<i>Inhibace</i>	Cheplaphar	100	73,23	0,7323
02283786	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	17,95	0,1795

Co.

02291150	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	5 mg 20,85	PPB 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.

02284987	<i>Apo-Cilazapril - HCTZ</i>	Apotex	100	5 mg -12,5 mg 41,70	PPB 0,4170
02181479	<i>Inhibace Plus</i>	Cheplaphar	28	23,82	0,8507
02313731	<i>Teva-Cilazapril/HCTZ</i>	Teva Can	100	41,70	0,4170

**ÉNALAPRIL (MALÉATE D')** 

Co.

02291878	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	2,5 mg 18,63	PPB 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.

02291886	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	5 mg 22,03	PPB 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	30	7,94	► 0,2647
			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
02303000	<i>Fosinopril-10</i>	Pro Doc	100	21,77	► 0,2177
02331004	<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	100	21,77	► 0,2177
02247802	<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	30	6,53	► 0,2177
			100	21,77	► 0,2177

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02266016	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	26,19	PPB 0,2619
02459396	<i>Fosinopril</i>	Sanis	100	26,19	0,2619
02303019	<i>Fosinopril-20</i>	Pro Doc	100	26,19	0,2619
02331012	<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	100	26,19	0,2619
02247803	<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	30	7,86	0,2619
			100	26,19	0,2619

**LISINOPRIL**

Co.

02217481	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	13,47	PPB 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
02525186	<i>Lisinopril</i>	Sanis	100	13,47	0,1347
02386232	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	13,47	0,1347
02285061	<i>Novo-Lisinopril (Type P)</i>	Novopharm	30	4,04	0,1347
			100	13,47	0,1347
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
02289199	<i>Sandoz Lisinopril</i>	Sandoz	30	4,04	0,1347
			100	13,47	0,1347
02285118	<i>Teva-Lisinopril (Type Z)</i>	Teva Can	30	4,04	0,1347
			100	13,47	0,1347
02049333	<i>Zestril</i>	Atnahs	100	55,94	0,5594

Co.

02217503	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	16,19	PPB 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
02525194	<i>Lisinopril</i>	Sanis	100	16,19	0,1619
02386240	<i>Lisinopril</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	30	4,86	0,1619
			100	16,19	0,1619
02049376	<i>Zestril</i>	Atnahs	100	67,23	0,6723

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				20 mg	PPB
02217511	Apo-Lisinopril	Apotex	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02394499	Auro-Lisinopril	AuroPharma	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02361566	Jamp-Lisinopril	Jamp	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02525208	Lisinopril	Sanis	100	19,45	► 0,1945
02386259	Lisinopril	Sivem	100	19,45	► 0,1945
02310996	Pro-Lisinopril-20	Pro Doc	100	19,45	► 0,1945
02294257	Ran-Lisinopril	Ranbaxy	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02285134	Teva-Lisinopril (Type Z)	Teva Can	30	5,83	► 0,1945
			100	19,45	► 0,1945
02049384	Zestril	Atnahs	100	80,78	0,8078

**LISINOPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE □**

Co.

				10 mg -12,5 mg	PPB
02362945	Lisinopril/HCTZ (Type Z)	Sanis	30	6,25	► 0,2083
			100	20,83	► 0,2083
02302136	Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)	Novopharm	30	6,25	► 0,2083
			100	20,83	► 0,2083
02302365	Sandoz Lisinopril HCT	Sandoz	30	6,25	► 0,2083
			100	20,83	► 0,2083
02301768	Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)	Teva Can	100	20,83	► 0,2083
02103729	Zestoretic	Atnahs	100	86,54	0,8654

Co.

				20 mg -12,5 mg	PPB
02362953	Lisinopril/HCTZ (Type Z)	Sanis	100	25,03	► 0,2503
02302144	Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)	Novopharm	100	25,03	► 0,2503
02302373	Sandoz Lisinopril HCT	Sandoz	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02301776	Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)	Teva Can	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02045737	Zestoretic	Atnahs	100	104,00	1,0400

Co.

				20 mg -25 mg	PPB
02362961	Lisinopril/HCTZ (Type Z)	Sanis	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02302152	Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)	Novopharm	100	25,03	► 0,2503
02302381	Sandoz Lisinopril HCT	Sandoz	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02301784	Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)	Teva Can	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02045729	Zestoretic	Atnahs	100	104,00	1,0400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PÉRINDOPRIL ERBUMINE R**

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.	100	16,32 ➔	0,1632
02489015	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	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
02483238	<i>Priva-Perindopril Erbumine</i>	Nora	100	16,32 ➔	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
	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	16,32 ➔	0,1632
02464985			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.	100	20,42	► 0,2042
02489023	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	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
02483246	<i>Priva-Perindopril Erbumine</i>	Nora	100	20,42	► 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.	100	28,30	► 0,2830
02489031	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	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
02483254	<i>Priva-Perindopril Erbumine</i>	Nora	100	28,30	► 0,2830
02472031	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02470241	<i>Sandoz Perindopril</i>	Sandoz	30	8,49	► 0,2830
	<i>Erbumine</i>		100	28,30	► 0,2830
02465000	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	28,30	► 0,2830

**PÉRINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE**

Co.

				4 mg	-1,25 mg	PPB
02297574	<i>Apo-Perindopril-Indapamide</i>	Apotex	30	7,67	► 0,2556	
			100	25,56	► 0,2556	
02246569	<i>Coversyl Plus</i>	Servier	30	29,29	0,9763	
02523035	<i>Perindopril Erbumine/</i>	Pro Doc	30	7,67	► 0,2556	
	<i>Indapamide</i>		100	25,56	► 0,2556	
02479834	<i>Perindopril Erbumine/</i>	Sivem	30	7,67	► 0,2556	
	<i>Indapamide</i>		100	25,56	► 0,2556	
02519720	<i>Perindopril/Indapamide</i>	Sanis	100	25,56	► 0,2556	
02538008	<i>pms-Perindopril-Indapamide</i>	Phmscience	30	7,67	► 0,2556	
			100	25,56	► 0,2556	
02470438	<i>Sandoz Perindopril</i>	Sandoz	30	7,67	► 0,2556	
	<i>Erbumine/Indapamide</i>		100	25,56	► 0,2556	
02464020	<i>Teva-Perindopril/</i>	Teva Can	100	25,56	► 0,2556	
	<i>Indapamide</i>					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02453061	<i>Apo-Perindopril-Indapamide</i>	Apotex	30	8,58	8 mg - 2,5 mg PPB
			100	28,59	► 0,2859
02321653	<i>Coversyl Plus HD</i>	Servier	30	32,76	1,0920
02523043	<i>Perindopril Erbumine/ Indapamide HD</i>	Pro Doc	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02479842	<i>Perindopril Erbumine/ Indapamide HD</i>	Sivem	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02519739	<i>Perindopril/Indapamide</i>	Sanis	100	28,59	► 0,2859
02537982	<i>pms-Perindopril-Indapamide</i>	Phmscience	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02470446	<i>Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide HD</i>	Sandoz	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02464039	<i>Teva-Perindopril/ Indapamide</i>	Teva Can	100	28,59	► 0,2859

**QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) □**

Co.

02248499	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78	5 mg PPB
02340550	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78	► 0,2278

Co.

02248500	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78	10 mg PPB
02517450	<i>JAMP Quinapril</i>	Jamp	100	22,78	► 0,2278
02340569	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78	► 0,2278

Co.

02248501	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78	20 mg PPB
02517469	<i>JAMP Quinapril</i>	Jamp	100	22,78	► 0,2278
02340577	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78	► 0,2278

Co.

02248502	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78	40 mg PPB
02517477	<i>JAMP Quinapril</i>	Jamp	100	22,78	► 0,2278
02340585	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78	► 0,2278

**QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE □**

Co.

02408767	<i>Apo-Quinapril/HCTZ</i>	Apotex	28	13,40	10 mg -12,5 mg PPB
			90	43,07	► 0,4786
02473291	<i>Auro-Quinapril HCTZ</i>	AuroPharma	28	13,40	► 0,4786
			90	43,07	► 0,4786

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			20 mg -12,5 mg	<b>PPB</b>	
02408775	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28	13,40	0,4786
02473305	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28	13,40	0,4786
			90	43,07	0,4786
			90	43,07	0,4786

Co.			20 mg -25 mg	<b>PPB</b>	
02408783	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28	12,89	0,4602
02473321	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28	12,89	0,4602
			90	41,42	0,4602
			90	41,42	0,4602

#### RAMIPRIL

Caps.

			1,25 mg	<b>PPB</b>	
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
02310023	Pro-Ramipril	Pro Doc	30	2,12	0,0707
			100	7,07	0,0707
02308363	Ramipril	Sivern	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
02483416	<i>Priva-Ramipril</i>	Pharmapar	100	8,17 ➡	0,0817
02310066	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02486512	<i>Ramipril</i>	Altamed	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
02483424	<i>Priva-Ramipril</i>	Pharmapar	100	8,17	► 0,0817
02310074	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02486520	<i>Ramipril</i>	Altamed	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	30	2,45	► 0,0817
			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
02483432	<i>Priva-Ramipril</i>	Pharmapar	100	10,34	► 0,1034
02310104	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	3,10	► 0,1034
			500	51,70	► 0,1034
02486539	<i>Ramipril</i>	Altamed	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.					
02283174	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	5 mg - 25 mg <b>PPB</b>	
02449463	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	10,72	0,3829
				19,15	0,1915
Co.					
02283166	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	10 mg - 12,5 mg <b>PPB</b>	
02342154	<i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	13,65	0,4875
				3,95	0,1317
02449455	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	13,17	0,1317
				13,17	0,1317
Co.					
02283182	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	10 mg - 25 mg <b>PPB</b>	
02342170	<i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	13,65	0,4875
				3,95	0,1317
02449471	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	13,17	0,1317
				13,17	0,1317
<b>TRANDOLAPRIL</b>					
Caps.					
02471868	<i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	0,5 mg <b>PPB</b>	
02231457	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	6,98	0,0698
02357755	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	27,33	0,2733
02325721	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	6,98	0,0698
02415429	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	6,98	0,0698
Caps.					
02471876	<i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	1 mg <b>PPB</b>	
02231459	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	17,62	0,1762
02357763	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	67,00	0,6700
02325748	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	17,62	0,1762
02415437	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	17,62	0,1762
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.					
02471884	<i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	2 mg <b>PPB</b>	
02231460	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	20,25	0,2025
02357771	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	77,00	0,7700
02325756	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	20,25	0,2025
02415445	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	20,25	0,2025
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	► 0,2498
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 CILEXÉTIL ■

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 cilexétil</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	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. <span style="float: right;">16 mg PPB</span>					
02484781	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58 ➔	0,2258
02500809	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58 ➔	0,2258
02365367	<i>Apo-Candesartan</i>	Apotex	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02541300	<i>Apo-Candesartan Tablets</i>	Apotex	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02239092	<i>Atacand</i>	Cheplaphar	30	35,52 ➔	1,1840
02445808	<i>Auro-Candesartan</i>	AuroPharma	90	20,32 ➔	0,2258
			500	112,90 ➔	0,2258
02377942	<i>Candesartan</i>	Pro Doc	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02388936	<i>Candesartan</i>	Sanis	100	22,58 ➔	0,2258
			500	112,90 ➔	0,2258
02388715	<i>Candesartan</i>	Sivem	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02379287	<i>Candésartan cilexétil</i>	Accord	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02386526	<i>Jamp-Candesartan</i>	Jamp	100	22,58 ➔	0,2258
02476924	<i>Mint-Candesartan</i>	Mint	100	22,58 ➔	0,2258
02527022	<i>NRA-Candesartan</i>	Nora	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02391201	<i>pms-Candesartan</i>	Phmscience	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02326973	<i>Sandoz Candesartan</i>	Sandoz	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02380706	<i>Taro-Candesartan</i>	Sun Pharma	100	22,58 ➔	0,2258
02366320	<i>Teva Candesartan</i>	Teva Can	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
Co. <span style="float: right;">32 mg PPB</span>					
02500817	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58 ➔	0,2258
02399105	<i>Apo-Candesartan</i>	Apotex	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02541319	<i>Apo-Candesartan Tablets</i>	Apotex	30	6,77 ➔	0,2258
02311658	<i>Atacand</i>	Cheplaphar	30	35,52 ➔	1,1840
02445816	<i>Auro-Candesartan</i>	AuroPharma	90	20,32 ➔	0,2258
			500	112,90 ➔	0,2258
02422069	<i>Candesartan</i>	Pro Doc	100	22,58 ➔	0,2258
02435845	<i>Candesartan</i>	Sanis	100	22,58 ➔	0,2258
02528266	<i>Candesartan</i>	Sivem	100	22,58 ➔	0,2258
02379295	<i>Candésartan cilexétil</i>	Accord	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02386534	<i>Jamp-Candesartan</i>	Jamp	100	22,58 ➔	0,2258
02476932	<i>Mint-Candesartan</i>	Mint	100	22,58 ➔	0,2258
02527030	<i>NRA-Candesartan</i>	Nora	30	6,77 ➔	0,2258
			100	22,58 ➔	0,2258
02391228	<i>pms-Candesartan</i>	Phmscience	30	6,77 ➔	0,2258
02417340	<i>Sandoz Candesartan</i>	Sandoz	100	22,58 ➔	0,2258
02380714	<i>Taro-Candesartan</i>	Sun Pharma	30	6,77 ➔	0,2258
02366339	<i>Teva Candesartan</i>	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

**ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D') **

Co.

02240432	<i>Teveten</i>	BGP Pharma	28	400 mg	
				19,81	0,7075

Co.

02243942	<i>Teveten</i>	BGP Pharma	28	600 mg	
				30,34	1,0836

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE **

Co.

02253631	Teveten Plus	BGP Pharma	28	600 mg - 12.5 mg 30,34	1,0836
----------	--------------	------------	----	---------------------------	--------

**IRBESARTAN **

Co.

			75 mg	PPB	
02237923	Avapro	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365197	Irbesartan	Pro Doc	100	22,81	0,2281
02372347	Irbesartan	Sanis	100	22,81	0,2281
02385287	Irbesartan	Sivem	100	22,81	0,2281
02418193	Jamp-Irbesartan	Jamp	28	6,39	0,2281
			100	22,81	0,2281
02422980	Mint-Irbesartan	Mint	100	22,81	0,2281
02524813	M-Irbesartan	Mantra Ph.	100	22,81	0,2281
02317060	pms-Irbesartan	Phmscience	100	22,81	0,2281
02524732	Riva-Irbesartan	Riva	30	6,84	0,2281
			100	22,81	0,2281
02328461	Sandoz Irbesartan	Sandoz	100	22,81	0,2281
02406810	Taro-Irbesartan	Sun Pharma	100	22,81	0,2281
02316390	Teva-Irbesartan	Teva Can	100	22,81	0,2281

Co.

			150 mg	PPB	
02237924	Avapro	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365200	Irbesartan	Pro Doc	100	22,81	0,2281
02372371	Irbesartan	Sanis	100	22,81	0,2281
02385295	Irbesartan	Sivem	100	22,81	0,2281
02418207	Jamp-Irbesartan	Jamp	28	6,39	0,2281
			100	22,81	0,2281
02422999	Mint-Irbesartan	Mint	100	22,81	0,2281
02524821	M-Irbesartan	Mantra Ph.	100	22,81	0,2281
02317079	pms-Irbesartan	Phmscience	100	22,81	0,2281
			500	114,05	0,2281
02524740	Riva-Irbesartan	Riva	30	6,84	0,2281
			100	22,81	0,2281
02328488	Sandoz Irbesartan	Sandoz	100	22,81	0,2281
			500	114,05	0,2281
02406829	Taro-Irbesartan	Sun Pharma	100	22,81	0,2281
			500	114,05	0,2281
02316404	Teva-Irbesartan	Teva Can	100	22,81	0,2281

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			300 mg	PPB	
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
02418215	<i>Jamp-Irbesartan</i>	Jamp	28	6,39	0,2281
			100	22,81	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	0,2281

**IRBESARTAN/ 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
02418223	<i>Jamp-Irbesartan &amp; HCTZ</i>	Jamp	28	6,39	0,2281
			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	0,2281

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
02418231	<i>Jamp-Irbesartan &amp; HCTZ</i>	Jamp	28	6,39	0,2281
			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	0,2281

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
02418258	<i>Jamp-Irbesartan &amp; HCTZ</i>	Jamp	28	6,12	► 0,2184
			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	► 0,2184

**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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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

**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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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</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

**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>Olmotec</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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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>Olmotec</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

**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
02443112	<i>Act Olmesartan HCT</i>	Teva Can	30	9,06	► 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>Olmotec 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	► 0,3019
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>Olmotec Plus</i>	Organon	30	30,49	1,0163
02526476	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	► 0,3019

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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	► 0,3019
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

**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
02522918	<i>Bio-Telmisartan</i>	Biomed	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
02522926	<i>Bio-Telmisartan</i>	Biomed	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

**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
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
02395525	<i>Telmisartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,29	► 0,2098
			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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			80 mg - 25 mg	PPB	
02484579	AG-Telmisartan-HCT	Angita	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02456397	Auro-Telmisartan HCTZ	AuroPharma	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02389959	Jamp Telmisartan-HCT	Jamp	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02318709	Micardis Plus	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02504138	NRA-Telmisartan HCTZ	Nora	100	20,98	► 0,2098
02401673	pms-Telmisartan-HCTZ	Phmscience	100	20,98	► 0,2098
02393565	Sandoz Telmisartan HCT	Sandoz	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02433222	Telmisartan - HCTZ	Phmscience	100	20,98	► 0,2098
02395533	Telmisartan - HCTZ	Pro Doc	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02390310	Telmisartan HCTZ	Sivem	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02395363	Telmisartan/ HCTZ	Sanis	100	20,98	► 0,2098
02419122	Telmisartan/ Hydrochlorothiazide	Accord	30	6,29	► 0,2098
02379252	Teva Telmisartan HCTZ	Teva Can	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098

**TELMISARTAN/AMLODIPINE**

Co.

			40 mg - 5 mg		
02371022	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.

			40 mg - 10 mg		
02371030	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.

			80 mg -5 mg	PPB	
02473488	AA-Telmisartan-Amiodipine	AA Pharma	100	54,72	► 0,5472
02371049	Twynsta	Bo. Ing.	28	15,32	► 0,5472

Co.

			80 mg - 10 mg	PPB	
02473496	AA-Telmisartan-Amiodipine	AA Pharma	100	54,72	► 0,5472
02371057	Twynsta	Bo. Ing.	28	15,32	► 0,5472

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**VALSARTAN** 

Co.

40 mg PPB					
02414201	Auro-Valsartan	AuroPharma	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02270528	Diovan	Novartis	28	31,27	1,1168
02524511	M-Valsartan	Mantra Ph.	100	22,11 ➡	0,2211
02356740	Sandoz Valsartan	Sandoz	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02363062	Taro-Valsartan	Sun Pharma	100	22,11 ➡	0,2211
02356643	Teva Valsartan	Teva Can	30	6,63 ➡	0,2211
02367726	Valsartan	Pro Doc	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211
02366940	Valsartan	Sanis	100	22,11 ➡	0,2211
02384523	Valsartan	Sivem	30	6,63 ➡	0,2211
			100	22,11 ➡	0,2211

Co.

80 mg PPB					
02414228	Auro-Valsartan	AuroPharma	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02244781	Diovan	Novartis	28	31,47	1,1239
02524538	M-Valsartan	Mantra Ph.	100	21,59 ➡	0,2159
02356759	Sandoz Valsartan	Sandoz	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02363100	Taro-Valsartan	Sun Pharma	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02356651	Teva Valsartan	Teva Can	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02367734	Valsartan	Pro Doc	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02366959	Valsartan	Sanis	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02384531	Valsartan	Sivem	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159

Co.

160 mg PPB					
02414236	Auro-Valsartan	AuroPharma	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02244782	Diovan	Novartis	28	31,47	1,1239
02524546	M-Valsartan	Mantra Ph.	100	21,59 ➡	0,2159
02356767	Sandoz Valsartan	Sandoz	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02363119	Taro-Valsartan	Sun Pharma	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02356678	Teva Valsartan	Teva Can	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02367742	Valsartan	Pro Doc	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159
02366967	Valsartan	Sanis	100	21,59 ➡	0,2159
			500	107,95 ➡	0,2159
02384558	Valsartan	Sivem	30	6,48 ➡	0,2159
			100	21,59 ➡	0,2159

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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	► 0,2098
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	► 0,2213
			50	11,07	► 0,2213
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

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	► 0,2240
			50	11,20	► 0,2240
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 160 mg - 25 mg PPB					
02408139	Auro-Valsartan HCT	AuroPharma	30	6,71	0,2238
			100	22,38	0,2238
02246955	Diovan-HCT	Novartis	28	31,99	1,1425
02356716	Sandoz Valsartan HCT	Sandoz	30	6,71	0,2238
			100	22,38	0,2238
02357011	Teva Valsartan/HCTZ	Teva Can	30	6,71	0,2238
			50	11,19	0,2238
02367025	Valsartan HCT	Sanis	100	22,38	0,2238
			500	111,90	0,2238
02384752	Valsartan HCT	Sivem	30	6,71	0,2238
			100	22,38	0,2238
02367785	Valsartan-HCTZ	Pro Doc	30	6,71	0,2238
			100	22,38	0,2238
Co. 320 mg - 12,5 mg PPB					
02408147	Auro-Valsartan HCT	AuroPharma	30	6,71	0,2235
			100	22,35	0,2235
02308908	Diovan-HCT	Novartis	28	31,49	1,1246
02356724	Sandoz Valsartan HCT	Sandoz	30	6,71	0,2235
			100	22,35	0,2235
02357038	Teva Valsartan/HCTZ	Teva Can	30	6,71	0,2235
02367033	Valsartan HCT	Sanis	30	6,71	0,2235
02384760	Valsartan HCT	Sivem	30	6,71	0,2235
Co. 320 mg - 25 mg PPB					
02408155	Auro-Valsartan HCT	AuroPharma	30	6,69	0,2231
			100	22,31	0,2231
02308916	Diovan-HCT	Novartis	28	31,49	1,1246
02356732	Sandoz Valsartan HCT	Sandoz	30	6,69	0,2231
			100	22,31	0,2231
02357046	Teva Valsartan/HCTZ	Teva Can	30	6,69	0,2231
02367041	Valsartan HCT	Sanis	100	22,31	0,2231
<b>24:32.20</b> <b>ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTERONE</b> <b>SPIRONOLACTONE</b>					
Co. 25 mg PPB					
02518821	Jamp Spironolactone	Jamp	500	20,25	0,0405
02488140	Mint-SpiroNolactone	Mint	500	20,25	0,0405
00613215	Teva-SpiroNolactone	Teva Can	100	4,05	0,0405
			500	20,25	0,0405
Co. 100 mg PPB					
02518848	Jamp Spironolactone	Jamp	100	9,55	0,0955
02488159	Mint-SpiroNolactone	Mint	100	9,55	0,0955
00613223	Teva-SpiroNolactone	Teva Can	100	9,55	0,0955



**28:00**  
**MÉDICAMENTS S.N.C.**

<b>28:08</b>	<b>analgésiques et antipyrétiques</b>
28:08.04	anti-inflammatoires non stéroïdiens
28:08.08	agonistes des opiacés
28:08.12	agonistes partiels des opiacés
28:08.92	divers analgésiques et antipyrétiques
<b>28:10</b>	<b>antagonistes des opiacés</b>
<b>28:12</b>	<b>anticonvulsivants</b>
28:12.04	barbituriques
28:12.08	benzodiazépines
28:12.12	hydantoïnes
28:12.20	succinimides
28:12.92	divers anticonvulsivants
<b>28:16</b>	<b>psychotropes</b>
28:16.04	antidépresseurs
28:16.08	antipsychotiques
<b>28:20</b>	<b>stimulants s.n.c.</b>
28:20.04	amphétamines
28:20.92	autres stimulants s.n.c.
<b>28:24</b>	<b>anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques</b>
28:24.08	benzodiazépines
28:24.92	divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques
<b>28:28</b>	<b>autres psychotropes</b>
<b>28:32</b>	<b>antimigraineux</b>
28:32.28	agonistes des récepteurs 5HT-1
28:32.92	autres antimigraineux
<b>28:36</b>	<b>Antiparkinsoniens</b>
28:36.04	Adamantanes
28:36.08	Anticholinergiques
28:36.12	Inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase
28:36.16	Précursors de la dopamine
28:36.20	Agonistes de la dopamine
28:36.32	Inhibiteurs de la monoamine oxydase de type B
28:36.92	Autres antiparkinsoniens
<b>28:92</b>	<b>médicaments S.N.C. divers</b>



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**28:08.04**

**ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS  
ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)**

Co. Ent.

02010526	Jamp-AAS EC	Jamp	500	325 mg	PPB
02284529	pms-ASA EC	Phmscience	1000	13,98	0,0280

Co. ou Co.Ent ou Co.Croq

02497115	<i>ASA 80 mg croquable</i>	Altamed	500	80 mg ou 81 mg	PPB
02427176	<i>ASA EC (80 mg)</i>	Sanis	500	26,50	0,0530
02009013	<i>Asaphen</i>	Phmscience	100	26,50	0,0530
			500	5,30	0,0530
02238545	<i>Asaphen E.C.</i>	Phmscience	500	26,50	0,0530
			1000	53,00	0,0530
02280167	<i>Asatab</i>	Odan	100	5,30	0,0530
			500	26,50	0,0530
02515687	<i>Bio-ASA</i>	Biomed	500	26,50	0,0530
02283905	<i>Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)</i>	Jamp	1000	53,00	0,0530
02269139	<i>Jamp-A.A.S. (Co.Croq.)</i>	Jamp	500	26,50	0,0530
			1000	53,00	0,0530
02427206	<i>Jamp-ASA 81 mg EC</i>	Jamp	300	15,90	0,0530
			1000	53,00	0,0530
02429950	<i>M-ASA 80 mg croquable</i>	Mantra Ph.	500	26,50	0,0530
02250675	<i>NRA-ASA 80 mg croquable</i>	Nora	500	26,50	0,0530
02311496	<i>Pro-AAS EC-80</i>	Pro Doc	1000	53,00	0,0530
02311518	<i>Pro-AAS-80 (croquable)</i>	Pro Doc	500	26,50	0,0530
02202352	<i>Rivasa (Co. Croq.)</i>	Riva	100	5,30	0,0530
			500	26,50	0,0530
02485222	<i>Rivasa 80 mg EC</i>	Riva	1000	53,00	0,0530
02420279	<i>Rivasa 81 mg EC</i>	Riva	1000	53,00	0,0530
02202360	<i>Rivasa FC (Co.)</i>	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	
02420155	<i>ACT Celecoxib</i>	ActavisPhm	100	12,79 ➔	0,1279
			500	63,95 ➔	0,1279
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>	Upjohn	100	67,58 ➔	0,6758
02477661	<i>Celecoxib</i>	Altamed	100	12,79 ➔	0,1279
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
02426366	<i>Priva-Celecoxib</i>	Nora	100	12,79 ➔	0,1279
02425386	<i>Riva-Celecox</i>	Riva	100	12,79 ➔	0,1279
			500	63,95 ➔	0,1279
02442639	<i>SDZ Celecoxib</i>	Sandoz	100	12,79 ➔	0,1279
			500	63,95 ➔	0,1279

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
02420163	<i>ACT Celecoxib</i>	ActavisPhm	100	25,58	0,2558
			500	127,90	0,2558
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>	Upjohn	100	135,15	1,3515
02477688	<i>Celecoxib</i>	Altamed	500	127,90	0,2558
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
02426374	<i>Priva-Celecoxib</i>	Nora	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
02442647	<i>SDZ Celecoxib</i>	Sandoz	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	Apo-Diclo 50 mg	Apotex	100	20,24	► 0,2024
			500	101,20	► 0,2024
02091194	Apo-Diclo SR 100 mg	Apotex	100	65,02	0,6502
00870978	Diclofénac-50	Pro Doc	100	20,24	► 0,2024
02224127	Diclofénac-SR 100 mg	Pro Doc	100	65,02	0,6502
00808547	Novo-Difénac 50 mg	Novopharm	100	20,24	► 0,2024
			500	101,20	► 0,2024
02048698	Novo-Difénac SR 100 mg	Novopharm	100	65,02	0,6502
02302624	pms-Diclofenac 50 mg	Phmscience	100	20,24	► 0,2024
			500	101,20	► 0,2024
02231505	pms-Diclofenac-SR 100 mg	Phmscience	100	40,48	► 0,4048
			250	101,20	► 0,4048
02261960	Sandoz Diclofenac 50 mg	Sandoz	100	20,24	► 0,2024
02261774	Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg	Sandoz	100	20,24	► 0,2024
02261944	Sandoz Diclofenac SR 100 mg	Sandoz	100	40,48	R
02239355	Teva-Diclofenac K	Teva Can	100	20,24	► 0,2024
00514012	Voltaren 50 mg	Novartis	100	72,81	0,7281
00881635	Voltaren Rapide 50 mg	Novartis	100	68,46	0,6846
00590827	Voltaren S.R. 100 mg	Novartis	100	143,33	1,4333

**DICLOFÉNAC SODIQUE **

Co. Ent. ou Co. L.A.

			25 mg / 75 mg L.A.	PPB	
00839175	Apo-Diclo 25 mg	Apotex	100	7,73	► 0,0773
02162814	Apo-Diclo S.R. 75 mg	Apotex	100	23,19	► 0,2319
02158582	Novo-Difénac SR 75 mg	Novopharm	100	23,19	► 0,2319
02302616	pms-Diclofenac 25 mg	Phmscience	100	7,73	► 0,0773
02231504	pms-Diclofenac- SR 75 mg	Phmscience	100	23,19	► 0,2319
			500	115,95	► 0,2319
02261901	Sandoz Diclofenac SR 75 mg	Sandoz	100	23,19	R
00808539	Teva-Diclofenac EC	Teva Can	100	7,73	► 0,0773
00782459	Voltaren S.R. 75 mg	Novartis	100	100,56	R

Supp.

			50 mg	PPB	
02261928	Sandoz Diclofenac	Sandoz	30	13,02	► 0,4339
00632724	Voltaren	Novartis	30	32,79	1,0930

**DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL **

Co.

			50 mg - 200 mcg	PPB	
01917056	Arthrotec	Pfizer	250	149,75	0,5990
02413469	pms-Diclofenac-Misoprostol	Phmscience	250	75,68	► 0,3027

Co.

			75 mg - 200 mcg	PPB	
02229837	Arthrotec 75	Pfizer	250	203,81	0,8152
02413477	pms-Diclofenac-Misoprostol	Phmscience	250	103,00	► 0,4120

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### FLURBIPROFÈNE

Co.

01912046	<i>Flurbiprofen</i>	AA Pharma	100	50 mg	22,21	0,2221
----------	---------------------	-----------	-----	-------	-------	--------

Co.

01912038	<i>Flurbiprofen</i>	AA Pharma	100	100 mg	30,39	0,3039
----------	---------------------	-----------	-----	--------	-------	--------

#### IBUPROFÈNE

Co.

00441643	<i>Apo-Ibuprofen</i>	Apotex	1000	200 mg	PPB	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

Co.

02317338	<i>Ibuprofen</i>	Jamp	300	400 mg	11,16	0,0372
			1000		37,20	0,0372

Susp. Orale

02354799	<i>Europrofen</i>	Pendopharm	120 ml	100 mg/5 mL	6,49	R
----------	-------------------	------------	--------	-------------	------	---

#### INDOMÉTHACINE

Caps.

02461811	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	100	25 mg	PPB	15,19	►	0,1519
00337420	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100			15,19	►	0,1519

Caps.

02499223	<i>Auro-Indomethacin</i>	AuroPharma	100	50 mg	PPB	12,34	►	0,1234
			1000			123,40	►	0,1234
02461536	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	100			12,34	►	0,1234
00337439	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100			12,34	►	0,1234
			500			61,70	►	0,1234

#### KÉTOPROFÈNE

Co. Ent.

00842664	<i>Ketoprofen-E 100 mg</i>	AA Pharma	100	100 mg	68,23	0,6823
----------	----------------------------	-----------	-----	--------	-------	--------

Co. L.A.

02172577	<i>Ketoprofen SR 200 mg</i>	AA Pharma	100	200 mg	138,90	1,3890
----------	-----------------------------	-----------	-----	--------	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### MÉLOXICAM

Co.

				7,5 mg	PPB
02250012	<i>ACT Meloxicam</i>	ActavisPhm	30	6,01	0,2003
			100	20,03	0,2003
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

Co.

				15 mg	PPB
02250020	<i>ACT Meloxicam</i>	ActavisPhm	100	23,10	0,2310
02248974	<i>Apo-Méloxicam</i>	Apotex	100	23,10	0,2310
02390892	<i>Auro-Meloxicam</i>	AuroPharma	30	6,93	0,2310
			100	23,10	0,2310
02353156	<i>Meloxicam</i>	Sanis	100	23,10	0,2310
02248268	<i>pms-Méloxicam</i>	Phmscience	100	23,10	0,2310
02258323	<i>Teva-Meloxicam</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	20,49	0,2049
02350750	<i>Naproxen</i>	Sanis	100	10,68	R
			500	53,40	R
02350785	<i>Naproxen EC</i>	Sanis	100	10,68	R
00590762	<i>Naproxen-250</i>	Pro Doc	100	10,68	0,1068
00565350	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	10,68	0,1068
			500	53,40	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
02350777	<i>Naproxen</i>	Sanis	100	21,10	R
			500	105,50	R
02350807	<i>Naproxen EC</i>	Sanis	100	21,10	R
00618721	<i>Naproxen-500</i>	Pro Doc	500	105,50	0,2110
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Ent.					
00600806	Apo-Naproxen 375 mg	Apotex	100	14,58	0,1458
			500	72,90	0,1458
02246700	Apo-Naproxen EC 375 mg	Apotex	100	14,58	0,1458
02162415	Naprosyn E 375 mg	Atnahs	100	54,79	0,5479
02350769	Naproxen	Sanis	100	14,58	R
			500	72,90	R
02350793	Naproxen EC	Sanis	100	14,58	R
00655686	Naproxen-375	Pro Doc	100	14,58	0,1458
00627097	Teva-Naproxen	Teva Can	100	14,58	0,1458
			500	72,90	0,1458
02243313	Teva-Naproxen EC	Teva Can	100	14,58	0,1458
Susp. Orale					
02162431	Pediapharm Naproxen Suspension	Medexus	474 ml	25 mg/mL	45,00 0,0949
<b>PIROXICAM R</b>					
Caps.					
00695718	Teva-Piroxicam	Teva Can	100	10 mg 22,13	0,2213
Caps.					
00695696	Teva-Piroxicam	Teva Can	100	20 mg 37,11	0,3711
<b>SULINDAC R</b>					
Co.					
00745588	Teva-Sulindac	Teva Can	100	150 mg 38,24	0,3824
Co.					
00745596	Teva-Sulindac	Teva Can	100	200 mg 39,20	0,3920
<b>TIAPROFÉNIQUE (ACIDE) R</b>					
Co.					
02179679	Teva-Tiaprofenic	Teva Can	100	200 mg 34,37	0,3437
Co.					
02179687	Teva-Tiaprofenic	Teva Can	100	300 mg 32,57	0,3257
<b>28:08.08</b>					
<b>AGONISTES DES OPIACÉS</b>					
<b>CODÉINE (BASE ET SULFATE) N</b>					
Co. L.A.					
02230302	Codéine Contin	Purdue	60	50 mg 18,60	0,3100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. 02163748	Codéine Contin <i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	100 mg 37,20	0,6200
Co. L.A. 02163780	Codéine Contin <i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	150 mg 56,28	0,9380
Co. L.A. 02163799	Codéine Contin <i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	200 mg 74,46	1,2410
<b>CODÉINE (PHOSPHATE DE) <span style="color:red">N</span></b>					
Co. 02009757 00593451	Codéine <i>Teva-Codeine</i>	Riva Teva Can	100 500 100 500	30 mg PPB 7,73 38,65 7,73 38,65	0,0773 0,0773 0,0773 0,0773
<b>FENTANYL <span style="color:red">N</span></b>					
Timbre cut. 02327112 02311925	Sandoz Fentanyl Patch <i>Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	5 5	12 mcg/h PPB 16,60 16,60	3,3200 3,3200
Timbre cut. 02327120 02282941	Sandoz Fentanyl Patch <i>Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	5 5	25 mcg/h PPB 18,28 18,28	3,6560 3,6560
Timbre cut. 02327139	Sandoz Fentanyl Patch <i>Teva-Fentanyl</i>	Sandoz	5	37 mcg/h 32,99	6,5980
Timbre cut. 02327147 02282968	Sandoz Fentanyl Patch <i>Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	5 5	50 mcg/h PPB 34,41 34,41	6,8820 6,8820
Timbre cut. 02327155 02282976	Sandoz Fentanyl Patch <i>Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	5 5	75 mcg/h PPB 48,40 48,40	9,6800 9,6800
Timbre cut. 02327163 02282984	Sandoz Fentanyl Patch <i>Teva-Fentanyl</i>	Sandoz Teva Can	5 5	100 mcg/h PPB 60,25 60,25	12,0500 12,0500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D')** **(N)**

Caps. L.A. (12 h)

02125323	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	3 mg 36,14	0,6023
----------	--------------------------	--------	----	---------------	--------

Caps. L.A. (12 h)

02359502	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	4,5 mg 43,65	0,7275
----------	--------------------------	--------	----	-----------------	--------

Caps. L.A. (12 h)

02125331	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	6 mg 54,18	0,9030
----------	--------------------------	--------	----	---------------	--------

Caps. L.A. (12 h)

02359510	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	9 mg 71,55	1,1925
----------	--------------------------	--------	----	---------------	--------

Caps. L.A. (12 h)

02125366	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	12 mg 93,92	1,5653
----------	--------------------------	--------	----	----------------	--------

Caps. L.A. (12 h)

02243562	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	18 mg 135,54	2,2590
----------	--------------------------	--------	----	-----------------	--------

Caps. L.A. (12 h)

02125382	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	24 mg 156,83	2,6138
----------	--------------------------	--------	----	-----------------	--------

Caps. L.A. (12 h)

02125390	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	30 mg 187,85	3,1308
----------	--------------------------	--------	----	-----------------	--------

Co.

02364115	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	1 mg 9,50	PPB 0,0950
00705438	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	9,50	0,0950
00885444	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	9,50	0,0950
02319403	<i>Teva Hydromorphone</i>	Teva Can	100	9,50	0,0950

Co.

02364123	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	2 mg 14,16	PPB 0,1416
00125083	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	14,16	0,1416
00885436	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	14,16	0,1416
02319411	<i>Teva Hydromorphone</i>	Teva Can	100	14,16	0,1416

Co.

02364131	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	4 mg 22,40	PPB 0,2240
00125121	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	22,40	0,2240
00885401	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	22,40	0,2240
02319438	<i>Teva Hydromorphone</i>	Teva Can	100	22,40	0,2240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02364158	Apo-Hydromorphone	Apotex	100	8 mg PPB 35,28 ➡	0,3528
00786543	Dilaudid	Purdue	100	35,28 ➡	0,3528
00885428	pms-Hydromorphone	Phmscience	100	35,28 ➡	0,3528
02319446	Teva Hydromorphone	Teva Can	100	35,28 ➡	0,3528
Sir.					
01916386	pms-Hydromorphone	Phmscience	500 ml	1 mg/mL 41,35	0,0827
Sol. Inj.					
02460602	Chlorhydrate d'hydromorphone	Sterimax	10	2 mg/mL (1 mL) PPB 16,47 ➡	1,6470
02491699	Chlorhydrate d'hydromorphone injectable	Fresenius	25	41,18 ➡	1,6470
02145901	Hydromorphone	Sandoz	10	16,47 ➡	1,6470
Sol. Inj.					
02460610	Chlorhydrate d'hydromorphone HP 10	Sterimax	1 ml	10 mg/mL PPB 3,65 ➡	
			5 ml	18,23 ➡	
			50 ml	182,25 ➡	
02491680	Chlorhydrate d'hydromorphone injectable	Fresenius	1 ml	3,65 ➡	
			5 ml	18,23 ➡	
			50 ml	182,25 ➡	
02145928	Hydromorphone HP 10	Sandoz	1 ml	3,65 ➡	
			5 ml	18,23 ➡	
			50 ml	182,25 ➡	
Sol. Inj.					
02145936	Hydromorphone HP 20	Sandoz	50 ml	20 mg/mL 468,77	
Sol. Inj.					
02469413	Chlorhydrate d'hydromorphone HP 50	Sterimax	1 ml	50 mg/mL PPB 6,95 ➡	
02146126	Hydromorphone HP 50	Sandoz	50 ml	347,63 ➡	
99003163	Hydromorphone HP 50	Sandoz	50 ml	347,63 ➡	
			1 ml	21,13 ➡	
<b>MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE)</b> ®					
Co.					
02533642	Apo-Methadone	Apotex	100	1 mg PPB 13,99 ➡	0,1399
02247698	Metadol	Paladin	100	13,99 ➡	0,1399
Co.					
02533650	Apo-Methadone	Apotex	100	5 mg PPB 46,59 ➡	0,4659
02247699	Metadol	Paladin	100	46,59 ➡	0,4659

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg PPB	
02533669 02247700	Apo-Methadone <i>Metadol</i>	Apotex Paladin	100 100	74,54 74,54	0,7454 0,7454
Co.				25 mg PPB	
02533677 02247701	Apo-Methadone <i>Metadol</i>	Apotex Paladin	100 100	138,50 138,50	1,3850 1,3850
Sol. Orale				1 mg/mL	
02247694	<i>Metadol</i>	Paladin	250 ml	25,18	0,1007
Sol. Orale				10 mg/mL PPB	
02495783 02241377 02244290 02394596 02394618 02495872 02495880	Jamp Methadone Oral Concentrate <i>Metadol</i> <i>Metadol-D</i> <i>Methadose</i> <i>Methadose (sans sucre)</i> <i>Odan-Methadone</i> <i>Odan-Methadone (sans sucre)</i>	Jamp Paladin Paladin Mallinckro Mallinckro Odan Odan	1000 ml 100 ml 100 ml 1000 ml 1000 ml 1000 ml 1000 ml	52,50 36,42 11,15 52,50 52,50 52,50 52,50	0,0525 0,3642 0,1115 0,0525 0,0525 0,0525 0,0525
<b>MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE) ®</b>					
Caps. L.A.				10 mg	
02019930	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20 50	6,50 16,25	0,3250 0,3250
Caps. L.A.				15 mg	
02177749	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20 50	4,26 10,66	0,2132 0,2132
Caps. L.A.				30 mg	
02019949	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20 50	6,44 16,11	0,3220 0,3222
Caps. L.A.				60 mg	
02019957	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20 50	11,35 28,38	0,5675 0,5676
Caps. L.A.				100 mg	
02019965	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20 50	17,48 43,70	0,8740 0,8740

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				200 mg	
02177757	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	50	80,43	1,6086
Caps. L.A. (24 h)				10 mg	
02242163	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	100	36,38	0,3638
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 <b>PPB</b>	
02014203	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	5,80	0,0967
02549794	<i>pms-Morphine Sulfate</i>	Phmscience	100	9,67	0,0967
00594652	<i>Statex</i>	Paladin	100	9,67	0,0967
Caps. ou Co.				10 mg <b>PPB</b>	
02014211	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	8,96	0,1494
02549808	<i>pms-Morphine Sulfate</i>	Phmscience	100	14,94	0,1494
00594644	<i>Statex</i>	Paladin	100	14,94	0,1494
Co.				20 mg	
02014238	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	18,92	0,3154
Co.				25 mg	
00594636	<i>Statex</i>	Paladin	100	22,50	0,2250
Co.				30 mg	
02014254	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	24,35	0,4058
Co.				50 mg	
00675962	<i>Statex</i>	Paladin	100	34,50	0,3450
Co. L.A.				15 mg <b>PPB</b>	
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.					
02014297	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	30 mg PPB 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.					
02014300	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	60 mg PPB 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
Co. L.A.					
02014319	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	100 mg PPB 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.					
02014327	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	200 mg PPB 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.					
00614491	<i>Doloral 1</i>	Atlas	225 ml 500 ml	1 mg/mL 8,86 16,32	0,0394 0,0326
Sir.					
00614505	<i>Doloral 5</i>	Atlas	225 ml 500 ml	5 mg/mL 16,75 31,25	0,0744 0,0625
Sol. Inj.					
02242484	<i>Morphine (sulfate de)</i>	Sandoz	1 ml	2 mg/mL PPB 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.					
00392588	<i>Morphine (sulfate de)</i>	Sandoz	1 ml	10 mg/mL PPB 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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.					
00617288	<i>Morphine H.P. 50</i>	Sandoz	1 ml 10 ml 50 ml	50 mg/mL 6,82 68,20 340,98	
<b>OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')</b> 					
Co.				5 mg PPB	
02319977 00789739	<i>pms-Oxycodone Supeudol</i>	Phmscience Sandoz	100 100	12,87 12,87	⇒ 0,1287 ⇒ 0,1287
Co.				10 mg PPB	
02240131 02319985 00443948	<i>Oxy IR pms-Oxycodone Supeudol</i>	Purdue Phmscience Sandoz	60 100 100	22,92 18,96 18,96	0,3820 0,1896 0,1896
Co.				20 mg PPB	
02240132 02319993 02262983	<i>Oxy IR pms-Oxycodone Supeudol 20</i>	Purdue Phmscience Sandoz	60 50 50	39,96 14,82 14,82	0,6660 0,2964 0,2964
Supp.				10 mg	
* 00392480	<i>Supeudol</i>	Sandoz	12	27,12	R
Supp.				20 mg	
* 00392472	<i>Supeudol</i>	Sandoz	12	34,44	R
<b>28:08.12</b>					
<b>AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS</b>					
<b>BUPRÉNORPHINE/NALOXONE</b> 					
Co. S-Ling.				2 mg - 0,5 mg PPB	
02424851 02295695 02453908	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone Suboxone Teva-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience Indivior Teva Can	30 28 30	20,03 74,76 20,03	⇒ 0,6675 2,6700 0,6675
Co. S-Ling.				8 mg - 2 mg PPB	
02424878 02295709 02453916	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone Suboxone Teva-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience Indivior Teva Can	30 28 30	35,48 132,44 35,48	⇒ 1,1825 4,7300 1,1825
Film				2 mg - 0,5 mg	
02502313	<i>Suboxone</i>	Indivior	30	80,10	2,6700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Film 02502321	Suboxone	Indivior	30	4 mg - 1 mg 110,67	3,6889
Film 02502348	Suboxone	Indivior	30	8 mg - 2 mg 141,90	4,7300
Film 02502356	Suboxone	Indivior	30	12 mg - 3 mg 212,85	7,0950

**BUTORPHANOL (TARTRATE DE) ♦**

Vap. nasal 02242504	Butorphanol	AA Pharma	2,5 ml	10 mg/mL 56,53	
------------------------	-------------	-----------	--------	-------------------	--

**PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE) ®**

Co. 02137984	Talwin	SanofiAven	100	50 mg 37,74	0,3774
-----------------	--------	------------	-----	----------------	--------

**28:08.92**

**DIVERS ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES**

**ACÉTAMINOPHÈNE**

Co. 02022214	Acétaminophène	Riva	1000	325 mg PPB 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.

02022222	Acétaminophène	Riva	1000	500 mg PPB 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

Co. Croq.

02017458	Acétaminophène	Riva	24	80 mg 2,40	R
----------	----------------	------	----	---------------	---

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Liq.</b>					
01901389 00792691	Jamp-Acétylaminophène <i>PDP-Acetaminophen solution</i>	Jamp Pendopharm	100 ml 500 ml	3,65 18,25	0,0365 0,0365
<b>Sol. Orale Péd.</b>					
01935275 02027801	Jamp-Acétylaminophène <i>Pédiatrix</i>	Jamp Teva Can	24 ml 500 ml	2,87 59,79	0,1196
<b>Supp.</b>					
02230434	Acet 120	Pendopharm	12	120 mg 6,44	0,5367
<b>Supp.</b>					
02230435	Acet 160	Pendopharm	12	160 mg 8,34	0,6950
<b>Supp.</b>					
02230436	Acet 325	Pendopharm	12	325 mg 7,95	0,6625
<b>Supp.</b>					
02230437	Acet 650	Pendopharm	12	650 mg 9,13	0,7608
<b>ACÉTYLAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE) ®</b>					
Co.					
00608882 00789828	Teva-Emtec-30 <i>Triatec-30</i>	Teva Can Riva	500 100 500	300 mg - 30 mg 65,00 13,00 65,00	PPB 0,1300 0,1300 0,1300
Co.					
00621463	Teva-Lenoltec No.4	Teva Can	100	300 mg - 60 mg 13,84	0,1384
<b>Elix.</b>					
00816027	pms-Acétylaminophène avec <i>codéine</i>	Phmscience	500 ml	160 mg - 8 mg/5 mL 38,45	0,0769
<b>28:10</b>					
<b>ANTAGONISTES DES OPIACÉS</b>					
<b>BUPRÉNORPHINE/NALOXONE ®</b>					
Co. S-Ling.					
02424851 02295695 02453908	pms-Buprenorphine/ <i>Naloxone</i> Suboxone Teva-Buprenorphine/ <i>Naloxone</i>	Phmscience Indivior Teva Can	30 28 30	2 mg - 0,5 mg 20,03 74,76 20,03	PPB 0,6675 2,6700 0,6675

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. S-Ling.					
02424878	pms-Buprenorphine/ Naloxone	Phmscience	30	8 mg - 2 mg 35,48	PPB 1,1825
02295709	Suboxone	Indivior	28	132,44	4,7300
02453916	Teva-Buprenorphine/ Naloxone	Teva Can	30	35,48	PPB 1,1825
Film					
02502313	Suboxone	Indivior	30	2 mg - 0,5 mg 80,10	2,6700
Film					
02502321	Suboxone	Indivior	30	4 mg - 1 mg 110,67	3,6889
Film					
02502348	Suboxone	Indivior	30	8 mg - 2 mg 141,90	4,7300
Film					
02502356	Suboxone	Indivior	30	12 mg - 3 mg 212,85	7,0950
<b>NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Sol. Inj. (ser)					
+ 99114402	Chlorhydrate de naloxone injectable USP	Sterinova	10	0,4 mg/mL (1 mL) 147,50	14,7500
Vap. nasal					
* 99113725	Vaporisateur nasal Narcan	Emergent	2	4 mg/0,1 mL 69,00	PPB 34,5000
+ 99114399	Vaporisateur Nasal Teva- Naloxone	Teva Can	2	69,00	PPB 34,5000
<b>NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)</b>					
Sol. inj.					
02455935	Chlorhydrate de naloxone Injectable	Oméga	1 ml	0,4 mg/mL 13,75	PPB
02453258	S.O.S Naloxone Hydrochloride Injection	Sandoz	1 ml	13,75	
<b>NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE) </b>					
Co.					
02444275	Apo-Naltrexone	Apotex	30	50 mg 84,23	PPB 2,8075
02451883	Comprimés de chlorhydrate de naltrexone	Jamp	28	78,61	PPB 2,8075
02213826	Revia	Teva Can	50	140,38	PPB 2,8075

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**28:12.04  
BARBITURIQUES  
PHÉNOBARBITAL ◆**

Co.				15 mg	
00178799	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	69,95	0,1399

Co.				30 mg	
00178802	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	79,00	0,1580

Co.				60 mg	
00178810	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	112,85	0,2257

Co.				100 mg	
00178829	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	154,40	0,3088

Elix.				25 mg/5 mL	
00645575	<i>Phenobarb élixir</i>	Pendopharm	100 ml	14,24	0,1424

**PHÉNOBARBITAL SODIQUE 27 ◆**

Sol. Inj.				30 mg/mL (1 mL)	
02304082	<i>Phenobarbital sodium injection</i>	Sandoz	10	215,36	21,5360

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

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**28:12.08**

**BENZODIAZÉPINES**

**CLOBAZAM ☒**

Co.

02244638	Apo-Clobazam	Apotex	30	10 mg PPB 6,59 ➡	0,2197
02238334	Teva-Clobazam	Teva Can	30	6,59 ➡	0,2197

**CLONAZÉPAM ☒**

Co.

02179660	pms-Clonazépam	Phmscience	100	0,25 mg 6,90	0,0690
----------	----------------	------------	-----	-----------------	--------

Co.

02177889	Apo-Clonazepam	Apotex	500	0,5 mg PPB 20,90 ➡	0,0418
02239024	Novo-Clonazepam	Novopharm	100	4,18 ➡	0,0418
			500	20,90 ➡	0,0418
02207818	pms-Clonazepam-R	Phmscience	100	4,18 ➡	0,0418
			500	20,90 ➡	0,0418
02311593	Pro-Clonazepam	Pro Doc	500	20,90 ➡	0,0418
02242077	Riva-Clonazepam	Riva	100	4,18 ➡	0,0418
			500	20,90 ➡	0,0418
00382825	Rivotril	Cheplaphar	100	19,82 ➡	0,1982

Co.

02048728	pms-Clonazépam	Phmscience	100	1 mg PPB 14,87 ➡	0,1487
02311607	Pro-Clonazepam	Pro Doc	500	74,35 ➡	0,1487

Co.

02177897	Apo-Clonazepam	Apotex	100	2 mg PPB 7,21 ➡	0,0721
02048736	pms-Clonazepam	Phmscience	100	7,21 ➡	0,0721
			500	36,05 ➡	0,0721
02311615	Pro-Clonazepam	Pro Doc	500	36,05 ➡	0,0721
02242078	Riva-Clonazepam	Riva	100	7,21 ➡	0,0721
			500	36,05 ➡	0,0721
00382841	Rivotril	Cheplaphar	100	34,17 ➡	0,3417
02239025	Teva-Clonazepam	Novopharm	100	7,21 ➡	0,0721

**28:12.12**

**HYDANTOÏNES**

**PHÉNYTOÏNE ☐**

Co.

00023698	Dilantin Infatabs	BGP Pharma	100	50 mg 7,35	0,0735
----------	-------------------	------------	-----	---------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale 00023442	Dilantin-30	BGP Pharma	30 mg/5 mL 250 ml	10,10	0,0404
Susp. Orale 00023450 02250896	Dilantin-125 Taro-Phenytoin	BGP Pharma Taro	125 mg/5 mL 250 ml 237 ml	11,93 7,37	0,0477 0,0311
<b>PHÉNYTOÏNE SODIQUE R</b>					
Caps. 00022772	Dilantin	BGP Pharma	30 mg 100	12,86	0,1286
Caps. 00022780 02460912	Dilantin Phenytoin	BGP Pharma AA Pharma	100 mg PPB 100 1000 1000	6,71 67,14 66,50	0,0671 0,0671 0,0665
<b>28:12.20</b>					
<b>SUCCINIMIDES</b>					
<b>ÉTHOSUXIMIDE R</b>					
Caps. 02545772 02547171 00022799	Mar-Ethosuximide Odan-Ethosuximide Zarontin	Marcan Odan Search Phm	250 mg PPB 100 100 100	26,28 26,28 32,03	0,2628 0,2628 0,3203
Sir. 00023485	Zarontin	Search Phm	250 mg/5 mL 500 ml	32,00	0,0640
<b>28:12.92</b>					
<b>DIVERS ANTICONVULSIVANTS</b>					
<b>CARBAMAZÉPINE R</b>					
Co.			200 mg PPB		
02541238	Mint-Carbamazepine	Mint	100 500	22,17 110,85	0,2217 0,2217
02407515	Taro-Carbamazepine	Taro	100 500	7,95 39,75	R R
00010405	Tégrétol	Novartis	100 500	31,26 156,30	0,3126 0,3126
00782718	Teva-Carbamazepine	Teva Can	100 500	22,17 110,85	0,2217 0,2217
Co. L.A.			200 mg PPB		
02261839 00773611	Sandoz Carbamazepine CR Tegretol CR	Sandoz Novartis	100 100	9,30 33,08	0,0930 0,3308

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Co. L.A.</b>					
02261847 00755583	Sandoz Carbamazepine CR Tegretol CR	Sandoz Novartis	100 100	400 mg PPB 18,59 66,16	0,1859 0,6616
<b>Susp. Orale</b>					
02367394 02194333	Taro-Carbamazepine Tégrétol	Taro Novartis	450 ml 450 ml	100 mg/5 mL PPB 24,32 28,70	0,0540 0,0638
<b>DIVALPROEX SODIQUE</b>					
Co. Ent.					
02239698 00596418 02458926	Apo-Divalproex Epival 125 Mylan-Divalproex	Apotex BGP Pharma Mylan	100 100 100	125 mg PPB 7,24 24,14 7,24	0,0724 0,2414 0,0724
Co. Ent.					
02239699 00596426 02458934	Apo-Divalproex Epival 250 Mylan-Divalproex	Apotex BGP Pharma Mylan	100 100 500 100 500	250 mg PPB 13,01 43,37 216,87 13,01 65,05	0,1301 0,4337 0,4337 0,1301 0,1301
Co. Ent.					
02239700 00596434 02459019	Apo-Divalproex Epival 500 Mylan-Divalproex	Apotex BGP Pharma Mylan	100 100 500 100 500	500 mg PPB 26,04 86,80 434,01 26,04 130,20	0,2604 0,8680 0,8680 0,2604 0,2604

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**GABAPENTINE P**

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	100	4,16 ➔	0,0416
			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
02243446	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	4,16 ➔	0,0416
			500	20,79 ➔	0,0416
02450097	<i>Priva-Gabapentin</i>	Pharmapar	100	4,16 ➔	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
<b>Caps.</b>					
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	100	10,12	► 0,1012
			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
02243447	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02450100	<i>Priva-Gabapentin</i>	Pharmapar	100	10,12	► 0,1012
02310457	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02319063	<i>Ran-Gabapentin</i>	Ranbaxy	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	100	12,06	► 0,1206
			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
02243448	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02450119	<i>Priva-Gabapentin</i>	Pharmapar	100	12,06	► 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

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	<i>AG-Lamotrigine</i>	Angita	100	6,98	0,0698
02245208	<i>Apo-Lamotrigine</i>	Apotex	100	6,98	0,0698
02381354	<i>Auro-Lamotrigine</i>	AuroPharma	100	6,98	0,0698
			1000	69,80	0,0698
02542730	<i>JAMP Lamotrigine</i>	Jamp	100	6,98	0,0698
02142082	<i>Lamictal</i>	GSK	100	35,78	0,3578
02343010	<i>Lamotrigine</i>	Sanis	100	6,98	0,0698
02428202	<i>Lamotrigine</i>	Sivem	100	6,98	0,0698
02302969	<i>Lamotrigine-25</i>	Pro Doc	100	6,98	0,0698
02265494	<i>Mylan-Lamotrigine</i>	Mylan	100	6,98	0,0698
02248232	<i>Novo-Lamotrigine</i>	Novopharm	100	6,98	0,0698
02246897	<i>pms-Lamotrigine</i>	Phmscience	100	6,98	0,0698

Co.

				100 mg	PPB
02543729	<i>AG-Lamotrigine</i>	Angita	100	27,87	0,2787
02245209	<i>Apo-Lamotrigine</i>	Apotex	100	27,87	0,2787
02381362	<i>Auro-Lamotrigine</i>	AuroPharma	100	27,87	0,2787
			1000	278,70	0,2787
02542749	<i>JAMP Lamotrigine</i>	Jamp	100	27,87	0,2787
02142104	<i>Lamictal</i>	GSK	100	143,10	1,4310
02343029	<i>Lamotrigine</i>	Sanis	100	27,87	0,2787
02428210	<i>Lamotrigine</i>	Sivem	100	27,87	0,2787
02302985	<i>Lamotrigine-100</i>	Pro Doc	100	27,87	0,2787
02265508	<i>Mylan-Lamotrigine</i>	Mylan	100	27,87	0,2787
			500	139,35	0,2787
02248233	<i>Novo-Lamotrigine</i>	Novopharm	100	27,87	0,2787
02246898	<i>pms-Lamotrigine</i>	Phmscience	100	27,87	0,2787

Co.

				150 mg	PPB
02543737	<i>AG-Lamotrigine</i>	Angita	100	41,07	0,4107
02245210	<i>Apo-Lamotrigine</i>	Apotex	100	41,07	0,4107
02381370	<i>Auro-Lamotrigine</i>	AuroPharma	60	24,64	0,4107
			100	41,07	0,4107
02542757	<i>JAMP Lamotrigine</i>	Jamp	100	41,07	0,4107
02142112	<i>Lamictal</i>	GSK	60	125,83	2,0972
02343037	<i>Lamotrigine</i>	Sanis	100	41,07	0,4107
02428229	<i>Lamotrigine</i>	Sivem	100	41,07	0,4107
02302993	<i>Lamotrigine-150</i>	Pro Doc	100	41,07	0,4107
02265516	<i>Mylan-Lamotrigine</i>	Mylan	100	41,07	0,4107
02248234	<i>Novo-Lamotrigine</i>	Novopharm	100	41,07	0,4107
02246899	<i>pms-Lamotrigine</i>	Phmscience	100	41,07	0,4107

Co. Croq.

				2 mg	
02243803	<i>Lamictal</i>	GSK	30	4,61	0,1537

Co. Croq.

				5 mg	
02240115	<i>Lamictal</i>	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
02440202	<i>NAT-Levetiracetam</i>	Natco	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
02440210	<i>NAT-Levetiracetam</i>	Natco	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>Kepra</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
02440229	<i>NAT-Levetiracetam</i>	Natco	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	
02490447	<i>pdp-levetiracetam</i>	Pendopharm	300 ml	244,26	0,8142

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>Lyrica</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
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	60	8,89	0,1481
			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.					
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>Lyrica</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
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	60	13,94	► 0,2324
			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>Lyrica</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
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	100	30,07	► 0,3007
			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.					
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>Lyrica</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
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>Lyrica</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
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	60	24,87	► 0,4145
			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	60	24,87	► 0,4145
			100	41,45	► 0,4145

#### 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	<i>AG-Topiramate</i>	Angita	100	24,33	► 0,2433
02536722	<i>AG-Topiramate</i>	Angita	100	24,33	► 0,2433
02279614	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	24,33	► 0,2433
02345803	<i>Auro-Topiramate</i>	AuroPharma	60	14,60	► 0,2433
			100	24,33	► 0,2433
02287765	<i>GLN-Topiramate</i>	Glenmark	100	24,33	► 0,2433
02345250	<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	100	24,33	► 0,2433
02435608	<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	100	24,33	► 0,2433
02432099	<i>Mar-Topiramate</i>	Marcan	100	24,33	► 0,2433
02315645	<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	100	24,33	► 0,2433
02263351	<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	100	24,33	► 0,2433
02538466	<i>NRA-Topiramate</i>	Nora	100	24,33	► 0,2433
02262991	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	24,33	► 0,2433
			500	121,65	► 0,2433
02313650	<i>Pro-Topiramate</i>	Pro Doc	100	24,33	► 0,2433
02431807	<i>Sandoz Topiramate Tablets</i>	Sandoz	100	24,33	► 0,2433
02248860	<i>Teva-Topiramate</i>	Teva Can	100	24,33	► 0,2433
02230893	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	100	113,93	1,1393
02395738	<i>Topiramate</i>	Accord	100	24,33	► 0,2433
02356856	<i>Topiramate</i>	Sanis	100	24,33	► 0,2433
02389460	<i>Topiramate</i>	Sivem	100	24,33	► 0,2433

Co.

			50 mg	PPB	
02544377	<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	100	35,79	► 0,3579
02312085	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	35,79	► 0,3579

Co.

			100 mg	PPB	
02475944	<i>AG-Topiramate</i>	Angita	100	45,83	► 0,4583
02536730	<i>AG-Topiramate Tablets</i>	Angita	100	45,83	► 0,4583
02279630	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	45,83	► 0,4583
02345838	<i>Auro-Topiramate</i>	AuroPharma	60	27,50	► 0,4583
			100	45,83	► 0,4583
02287773	<i>GLN-Topiramate</i>	Glenmark	100	45,83	► 0,4583
02345269	<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	100	45,83	► 0,4583
02435616	<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	100	45,83	► 0,4583
02432102	<i>Mar-Topiramate</i>	Marcan	100	45,83	► 0,4583
02315653	<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	100	45,83	► 0,4583
02263378	<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	100	45,83	► 0,4583
02538458	<i>NRA-Topiramate</i>	Nora	100	45,83	► 0,4583
02263009	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	45,83	► 0,4583
02313669	<i>Pro-Topiramate</i>	Pro Doc	100	45,83	► 0,4583
02431815	<i>Sandoz Topiramate Tablets</i>	Sandoz	100	45,83	► 0,4583
02248861	<i>Teva-Topiramate</i>	Teva Can	60	27,50	► 0,4583
02230894	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	129,54	2,1590
02395746	<i>Topiramate</i>	Accord	100	45,83	► 0,4583
02356864	<i>Topiramate</i>	Sanis	100	45,83	► 0,4583
02389487	<i>Topiramate</i>	Sivem	100	45,83	► 0,4583

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			200 mg	PPB	
02279649	Apo-Topiramate	Apotex	100	67,48	► 0,6748
02345846	Auro-Topiramate	AuroPharma	60	40,49	► 0,6748
			100	67,48	► 0,6748
02287781	GLN-Topiramate	Glenmark	100	67,48	► 0,6748
02345277	JAMP Topiramate Tablets	Jamp	100	67,48	► 0,6748
02435624	Jamp-Topiramate	Jamp	100	67,48	► 0,6748
02432110	Mar-Topiramate	Marcan	100	67,48	► 0,6748
02315661	Mint-Topiramate	Mint	100	67,48	► 0,6748
02263386	Mylan-Topiramate	Mylan	100	67,48	► 0,6748
02538474	NRA-Topiramate	Nora	100	67,48	► 0,6748
02263017	pms-Topiramate	Phmscience	100	67,48	► 0,6748
02313677	Pro-Topiramate	Pro Doc	100	67,48	► 0,6748
02431823	Sandoz Topiramate Tablets	Sandoz	100	67,48	► 0,6748
02248862	Teva-Topiramate	Teva Can	60	40,49	► 0,6748
02230896	Topamax	Janss. Inc	60	205,08	3,4180
02395754	Topiramate	Accord	100	67,48	► 0,6748
02356872	Topiramate	Sanis	100	67,48	► 0,6748

**VALPROATE SODIQUE**

Sir.

			250 mg/5 mL	PPB	
00443832	Depakene	BGP Pharma	240 ml	22,78	0,0949
02532441	JAMP Valproic Acid Oral Solution	Jamp	450 ml	17,05	► 0,0379
02236807	pms-Valproic acid	Phmscience	450 ml	17,05	► 0,0379

**VALPROIQUE (ACIDE)**

Caps.

			250 mg	PPB	
02238048	Apo-Valproic	Apotex	100	29,05	► 0,2905
02230768	pms-Valproic acid	Phmscience	100	29,05	► 0,2905

Caps. Ent.

			500 mg		
02229628	pms-Valproic Acid E.C.	Phmscience	100	63,56	0,6356

**VIGABATRIN**

Co.

			500 mg		
02065819	Sabril	Lundb Inc	100	88,70	0,8870

Pd. Orale

			500 mg/sac.		
02068036	Sabril	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
00370991	<i>Amitriptyline-10</i>	Pro Doc	1000	30,50	0,0305
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
02490110	<i>Priva-Amitriptyline</i>	Pharmapar	100	3,05	0,0305
02326043	<i>Teva-Amitriptyline</i>	Teva Can	100	3,05	0,0305
			1000	30,50	0,0305

Co.

				25 mg	PPB
00371009	<i>Amitriptyline-25</i>	Pro Doc	1000	58,00	0,0580
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
02490129	<i>Priva-Amitriptyline</i>	Pharmapar	100	5,80	0,0580
02326051	<i>Teva-Amitriptyline</i>	Teva Can	100	5,80	0,0580
			1000	58,00	0,0580

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
00456349	Amitriptyline-50	Pro Doc	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
02403153	Apo-Amitriptyline	Apotex	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
00335088	Elavil	AA Pharma	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
02457687	Jamp-Amitriptyline	Jamp	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
02435543	Jamp-Amitriptyline Tablets	Jamp	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
02429896	Mar-Amitriptyline	Marcan	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
00654507	pms-Amitriptyline	Phmscience	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
02490137	Priva-Amitriptyline	Pharmapar	100	10,78	0,1078
02326078	Teva-Amitriptyline	Teva Can	100	10,78	0,1078
			1000	107,80	0,1078
Co.					
02468409	pms-Amitriptyline	Phmscience	100	27,72	0,2772
BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) 					
Co. L.A.					
02275074	Odan Bupropion SR	Odan	60	31,56	0,5260
Co. L.A.					
02275082	Odan Bupropion SR	Odan	60	55,01	0,9169
Co. L.A. (24 h)					
02382075	Mylan-Bupropion XL	Mylan	90	13,17	R
			500	73,15	R
02475804	Taro-Bupropion XL	Sun Pharma	90	13,17	0,1463
			500	73,15	0,1463
02439654	Teva-Bupropion XL	Teva Can	90	13,17	0,1463
			500	73,15	0,1463
02275090	Wellbutrin XL	Bausch H.	90	47,45	0,5272
Co. L.A. (24 h)					
02382083	Mylan-Bupropion XL	Mylan	90	26,34	R
			500	146,33	R
02475812	Taro-Bupropion XL	Sun Pharma	90	26,34	0,2927
			500	146,35	0,2927
02439662	Teva-Bupropion XL	Teva Can	90	26,34	0,2927
			500	146,33	0,2927
02275104	Wellbutrin XL	Bausch H.	90	94,91	1,0546

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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
02371871	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	7,15 ➡	0,0715
02532123	<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	100	7,15 ➡	0,0715
02370077	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	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
02477637	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	100	7,15 ➡	0,0715
02270609	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	100	7,15 ➡	0,0715
02440237	<i>Priva-Citalopram</i>	Pharmapar	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

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
			100	12,00	► 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
02459914	<i>CCP-Citalopram</i>	Cellchem	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
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
02304686	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02429705	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02409011	<i>NAT-Citalopram</i>	Natco	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02443880	<i>Natco-Citalopram</i>	Natco	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 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
02285622	<i>Ran-Citalo</i>	Ranbaxy	100	12,00	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02303264	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02248170	<i>Sandoz Citalopram</i>	Sandoz	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 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>	Sunovion	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
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
02459922	<i>CCP-Citalopram</i>	Cellchem	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
02371901	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	12,00	► 0,1200
02467844	<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	100	12,00	► 0,1200
02304694	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02429713	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02409038	<i>NAT-Citalopram</i>	Natco	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	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02440253	<i>Priva-Citalopram</i>	Pharmapar	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02303272	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02248171	<i>Sandoz Citalopram</i>	Sandoz	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. ou Caps.

00402591	<i>Anafranil</i>	Apotex	50 mg	PPB	
02497514	<i>Taro-Clomipramine</i>	Taro	100	62,91	0,6291
			90	56,62	0,6291

#### DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

02216248	<i>Désipramine</i>	AA Pharma	100	10 mg	
				46,17	0,4617

Co.

02216256	<i>Désipramine</i>	AA Pharma	100	25 mg	
				43,45	0,4345

Co.

02216280	<i>Désipramine</i>	AA Pharma	100	100 mg	
				102,96	1,0296

#### DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

00024325	<i>Sinequan</i>	AA Pharma	100	10 mg	
				40,75	0,4075

Caps.

00024333	<i>Sinequan</i>	AA Pharma	100	25 mg	
				50,00	0,5000

Caps.

00024341	<i>Sinequan</i>	AA Pharma	100	50 mg	
				92,74	0,9274

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**DULOXÉTINE R**

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
02301482	<i>Cymbalta</i>	Lilly	28	51,17 ➔	1,8275
02481952	<i>Duloxetine</i>	Altamed	30	14,44 ➔	0,4813
			100	48,13 ➔	0,4813
02452650	<i>Duloxetine</i>	Pro Doc	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>	Sivern	30	14,44 ➔	0,4813
			100	48,13 ➔	0,4813
02437082	<i>Duloxetine DR</i>	Teva Can	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
02490412	<i>Priva-Duloxetine</i>	Nora	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
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.					
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
02301490	<i>Cymbalta</i>	Lilly	28	102,33	3,6546
02481960	<i>Duloxetine</i>	Altamed	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02452669	<i>Duloxetine</i>	Pro Doc	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
02437090	<i>Duloxetine DR</i>	Teva Can	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
02490420	<i>Priva-Duloxetine</i>	Nora	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
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
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>Cipralex</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
02440296	<i>NAT-Escitalopram</i>	Natco	100	31,09 ➡	0,3109
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.					
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
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>Cipralex</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
02440318	<i>NAT-Escitalopram</i>	Natco	100	33,10	0,3310
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
02490595	<i>Fluoxetine</i>	Altamed	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
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
02448416	<i>Priva-Fluoxetine</i>	Pharmapar	100	34,04 ➔ 0,3404
02314991	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	34,04 ➔ 0,3404
02018985	<i>Prozac</i>	Lilly	100	165,96 ➔ 1,6596
02305461	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	34,04 ➔ 0,3404
02479486	<i>Sandoz Fluoxetine</i>	Sandoz	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
02490609	<i>Fluoxetine</i>	Altamed	100	33,11 ➔ 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
02529440	<i>M-Fluoxetine</i>	Mantra Ph.	100	33,11 ➔ 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
02448408	<i>Priva-Fluoxetine</i>	Pharmapar	100	33,11 ➔ 0,3311
02315009	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	33,11 ➔ 0,3311
			500	165,55 ➔ 0,3311
00636622	<i>Prozac</i>	Lilly	100	169,65 ➔ 1,6965
02305488	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	33,11 ➔ 0,3311
			500	165,55 ➔ 0,3311
02479494	<i>Sandoz Fluoxetine</i>	Sandoz	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				40 mg	
02464640	pms-Fluoxetine	Phmscience	100	66,22	0,6622
Caps.				60 mg	
02464659	pms-Fluoxetine	Phmscience	100	99,33	0,9933
Sol. Orale				20 mg/5 mL PPB	
02231328	Fluoxetine	Apotex	120 ml	37,01	0,3084
02459361	Odan-Fluoxetine	Odan	120 ml	37,01	0,3084
<b>FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) ■</b>					
Co.				50 mg PPB	
02255529	ACT Fluvoxamine	Teva Can	100	21,05	0,2105
02231329	Apo-Fluvoxamine	Apotex	100	21,05	0,2105
02236753	Fluvoxamine-50	Pro Doc	100	21,05	0,2105
01919342	Luvox	BGP Pharma	30	25,90	0,8633
Co.				100 mg PPB	
02255537	ACT Fluvoxamine	Teva Can	100	37,83	0,3783
02231330	Apo-Fluvoxamine	Apotex	100	37,83	0,3783
02236754	Fluvoxamine-100	Pro Doc	100	37,83	0,3783
01919369	Luvox	BGP Pharma	30	46,58	1,5527
<b>IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') ■</b>					
Co.				10 mg	
00360201	Imipramine	AA Pharma	100	13,97	0,1397
Co.				25 mg	
00312797	Imipramine	AA Pharma	100	25,73	0,2573
Co.				50 mg	
00326852	Imipramine	AA Pharma	100	50,21	0,5021
Co.				75 mg	
00644579	Imipramine	AA Pharma	100	76,57	0,7657
<b>L-TRYPTOPHANE ■</b>					
Co.				1 g PPB	
02248539	Apo-Tryptophan (Co.)	Apotex	100	71,26	0,7126
02237250	Teva-Tryptophan	Teva Can	100	71,26	0,7126
			250	178,15	0,7126
00654531	Tryptan (Co.)	Bausch H.	100	135,72	1,3572

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 02239326	<i>Tryptan (Co.)</i>	Bausch H.	100	250 mg 33,93	0,3393
Co. 02458721 02239327	<i>Apo-Tryptophan</i> <i>Tryptan (Co.)</i>	Apotex Bausch H.	100 100	750 mg 98,89 101,79	PPB 0,9889 1,0179
Co. ou Caps. 02248540 02248538 02240333 02240334 00718149 02029456	<i>Apo-Tryptophan (Caps.)</i> <i>Apo-Tryptophan (Co.)</i> <i>Teva-Tryptophan</i> <i>Teva-Tryptophan</i> <i>Tryptan (Caps)</i> <i>Tryptan (Co.)</i>	Apotex Apotex Teva Can Teva Can Bausch H. Bausch H.	100 100 100 100 100 100	500 mg 35,63 35,63 35,63 35,63 67,86 67,86	PPB 0,3563 0,3563 0,3563 0,3563 0,6786 0,6786

<b>MIRTAZAPINE</b>					
Co. Diss. Orale ou Co.					
02286610 02411695	<i>Apo-Mirtazapine</i> <i>Auro-Mirtazapine</i>	Apotex AuroPharma	30 30 50	15 mg 2,92 2,92 4,87	PPB 0,0974 0,0974 0,0974
02299801 02532689 02496666	<i>Auro-Mirtazapine OD</i> <i>Mirtazapine</i> <i>Mirtazapine</i>	AuroPharma Sanis Sivem	30 100 30 100	2,92 9,74 2,92 9,74	PPB 0,0974 0,0974 0,0974 0,0974
02256096 02534924 02273942 02312778 02248542 02250594 + 02541572	<i>Mylan-Mirtazapine</i> <i>NRA-Mirtazapine</i> <i>pms-Mirtazapine</i> <i>Pro-Mirtazapine</i> <i>Remeron RD</i> <i>Sandoz Mirtazapine</i> <i>Teva-Mirtazapine</i>	Mylan Nora Phmscience Pro Doc Organon Sandoz Teva Can	100 100 100 100 30 50 30 100	9,74 9,74 9,74 9,74 12,22 4,87 2,92 9,74	PPB 0,0974 0,0974 0,0974 0,0974 0,4073 0,0974 0,0974 0,0974

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Diss. Orale ou Co.

			30 mg	PPB	
02286629	Apo-Mirtazapine	Apotex	100	19,50	► 0,1950
02411709	Auro-Mirtazapine	AuroPharma	30	5,85	► 0,1950
			100	19,50	► 0,1950
02299828	Auro-Mirtazapine OD	AuroPharma	30	5,85	► 0,1950
02368579	Jamp-Mirtazapine	Jamp	100	19,50	► 0,1950
02370689	Mirtazapine	Sanis	100	19,50	► 0,1950
02496674	Mirtazapine	Sivem	30	5,85	► 0,1950
			100	19,50	► 0,1950
02256118	Mylan-Mirtazapine	Mylan	100	19,50	► 0,1950
02534932	NRA-Mirtazapine	Nora	100	19,50	► 0,1950
02248762	pms-Mirtazapine	Phmscience	30	5,85	► 0,1950
			100	19,50	► 0,1950
02312786	Pro-Mirtazapine	Pro Doc	100	19,50	► 0,1950
02243910	Remeron	Organon	30	38,86	1,2953
02248543	Remeron RD	Organon	30	24,43	0,8143
02250608	Sandoz Mirtazapine	Sandoz	100	19,50	► 0,1950
02259354	Teva-Mirtazapine	Teva Can	30	5,85	► 0,1950
			100	19,50	► 0,1950

Co. Diss. Orale ou Co.

			45 mg	PPB	
02286637	Apo-Mirtazapine	Apotex	30	8,78	► 0,2925
02411717	Auro-Mirtazapine	AuroPharma	30	8,78	► 0,2925
			100	29,25	► 0,2925
02299836	Auro-Mirtazapine OD	AuroPharma	30	8,78	► 0,2925
02496682	Mirtazapine	Sivem	30	8,78	► 0,2925
02256126	Mylan-Mirtazapine	Mylan	100	29,25	► 0,2925
02534940	NRA-Mirtazapine	Nora	30	8,78	► 0,2925
02248544	Remeron RD	Organon	30	36,66	1,2220
+ 02541580	Teva-Mirtazapine	Teva Can	30	8,78	► 0,2925
			100	29,25	► 0,2925

**MOCLOBÉMIDE**

Co.

			100 mg		
02232148	Moclobemide	AA Pharma	100	34,00	0,3400

Co.

			150 mg		
00899356	Manerix	Bausch H.	60	13,25	0,2208

Co.

			300 mg		
02166747	Manerix	Bausch H.	60	26,01	0,4335

**NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE)**

Caps.

			10 mg		
00015229	Aventyl	AA Pharma	100	29,95	0,2995

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.				25 mg	
00015237	Aventyl	AA Pharma	100	60,54	0,6054

**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
02248913	<i>Paroxétine-10</i>	Pro Doc	100	30,46 ➔	0,3046
02027887	<i>Paxil</i>	GSK	30	47,25 ➔	1,5750
02247750	<i>pms-Paroxetine</i>	Phmscience	30	9,14 ➔	0,3046
			100	30,46 ➔	0,3046
02444313	<i>Priva-Paroxetine</i>	Pharmapar	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	30	9,14 ➔	0,3046
			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
02248914	<i>Paroxétine-20</i>	Pro Doc	30	9,75	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
02444321	<i>Priva-Paroxetine</i>	Pharmapar	100	32,50	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	30	9,75	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
02248915	<i>Paroxétine-30</i>	Pro Doc	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
02444348	<i>Priva-Paroxetine</i>	Pharmapar	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	30	10,36	► 0,3453
			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
02357143	<i>Jamp-Sertraline</i>	Jamp	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
02488434	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	15,16 ➔	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
02245159	<i>Sandoz Sertraline</i>	Sandoz	100	15,16 ➔	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.					
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
02357151	<i>Jamp-Sertraline</i>	Jamp	100	30,32	0,3032
			250	75,80	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
02488442	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	30,32	0,3032
02244839	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	30,32	0,3032
			250	75,80	0,3032
02445360	<i>Priva-Sertraline</i>	Nora	100	30,32	0,3032
02248497	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	30,32	0,3032
			250	75,80	0,3032
02245160	<i>Sandoz Sertraline</i>	Sandoz	100	30,32	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
02357178	<i>Jamp-Sertraline</i>	Jamp	100	33,03	► 0,3303
			250	82,58	► 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
02488450	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	33,03	► 0,3303
02244840	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	33,03	► 0,3303
			800	264,24	► 0,3303
02445387	<i>Priva-Sertraline</i>	Nora	100	33,03	► 0,3303
02248498	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	33,03	► 0,3303
			250	82,58	► 0,3303
02245161	<i>Sandoz Sertraline</i>	Sandoz	100	33,03	► 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

**TRANYLCYPROMINE (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 P**

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
			500	45,65 ➔	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
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
02273969	<i>ratio-Venlafaxine XR</i>	Ratiopharm	100	9,13 ➔	0,0913
			500	45,65 ➔	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 ➔	0,0913
02516535	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	9,13 ➔	0,0913
			500	45,65 ➔	0,0913
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
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
02273977	<i>ratio-Venlafaxine XR</i>	Ratiopharm	100	18,25 ➡	0,1825
			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 ➡	0,1825
			500	91,25 ➡	0,1825
02516543	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	18,25 ➡	0,1825
			500	91,25 ➡	0,1825
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
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
02273985	<i>ratio-Venlafaxine XR</i>	Ratiopharm	100	19,27	► 0,1927
			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	► 0,1927
			500	96,35	► 0,1927
02516551	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	19,27	► 0,1927
			500	96,35	► 0,1927
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		
02432919	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	78,81	2,8148

Co.

			10 mg		
02432927	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	82,56	2,9484

Co.

			20 mg		
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**

**ARIPIPRAZOLE**

Co.

2 mg PPB					
02322374	<i>Ability</i>	Otsuka Can	30	87,42	2,9140
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
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
02464144	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	24,28	0,8092
			100	80,92	0,8092

Co.

5 mg PPB					
02322382	<i>Ability</i>	Otsuka Can	30	98,40	3,2800
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
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
02464152	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	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
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
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
02464160	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	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
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
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
02464179	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	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
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
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
02464187	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	30,05	1,0017

Co.

			30 mg	PPB	
02322455	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
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
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
02464195	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

00232823	Teva-Chlorpromazine	Teva Can	100 500	25 mg 24,54 122,70	0,2454 0,2454
----------	---------------------	----------	------------	--------------------------	------------------

Co.

00232807	Teva-Chlorpromazine	Teva Can	100 500	50 mg 28,08 140,40	0,2808 0,2808
----------	---------------------	----------	------------	--------------------------	------------------

Co.

00232831	Teva-Chlorpromazine	Teva Can	100 500	100 mg 74,75 373,75	0,7475 0,7475
----------	---------------------	----------	------------	---------------------------	------------------

**CLOZAPINE **

Co.

02248034	AA-Clozapine	AA Pharma	100	25 mg PPB 65,94	0,6594
00894737	Clozaril	HLS	100	94,20	0,9420
02247243	Gen-Clozapine	Mylan	100	65,94	0,6594

Co.

02458748	AA-Clozapine	AA Pharma	100	50 mg PPB 131,88	1,3188
02305003	Gen-Clozapine	Mylan	100	131,88	1,3188

Co.

02248035	AA-Clozapine	AA Pharma	100	100 mg PPB 264,46	2,6446
00894745	Clozaril	HLS	100	377,80	3,7780
02247244	Gen-Clozapine	Mylan	100	264,46	2,6446

Co.

02458756	AA-Clozapine	AA Pharma	100	200 mg PPB 528,92	5,2892
02305011	Gen-Clozapine	Mylan	100	528,92	5,2892

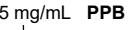
**FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE) **

Sol. Inj. I.M.

02156032	Fluanxol Dépot 2%	Lundbeck	1 ml	20 mg/mL 7,18	
----------	-------------------	----------	------	------------------	--

Sol. Inj. I.M.

02156040	Fluanxol Dépot 10%	Lundbeck	1 ml	100 mg/mL 35,93	
----------	--------------------	----------	------	--------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE) </b>					
Co. 02156008	<i>Fluanxol</i>	Lundbeck	100	0,5 mg 24,83	0,2483
Co. 02156016	<i>Fluanxol</i>	Lundbeck	100	3 mg 53,62	0,5362
<b>FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE) </b>					
Co. 00405345	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	100	1 mg 17,39	0,1739
Co. 00410632	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	100	2 mg 22,52	0,2252
Co. 00405361	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	100	5 mg 17,20	0,1720
<b>HALOPÉRIDOL </b>					
Co. 00363685	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	0,5 mg 14,30	0,1430
Co. 00363677	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	1 mg 21,48	0,2148
Co. 00363669	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	2 mg 32,11	0,3211
Co. 00363650	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	5 mg 51,21	0,5121
Co. 00713449	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	10 mg 74,50	0,7450
Sol. Inj. I.M. 					
00808652	<i>Halopéridol</i>	Sandoz	1 ml	5 mg/mL 3,96	
02366010	<i>Halopéridol Injection</i>	Oméga	1 ml	3,96	
02406411	<i>Haloperidol Injection, USP</i>	Fresenius	1 ml	3,96	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D') **

Sol. Inj. I.M.

02130300	<i>Halopéridol LA</i>	Sandoz	5 ml	100 mg/mL 55,40
----------	-----------------------	--------	------	--------------------

**LOXAPINE (SUCCINATE DE) **

Co.

02242868	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100	2,5 mg 23,95	0,2395
----------	--------------	------------	-----	-----------------	--------

Co.

02230838	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100	10 mg 29,99	0,2999
----------	--------------	------------	-----	----------------	--------

Co.

02230839	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100	25 mg 46,49	0,4649
----------	--------------	------------	-----	----------------	--------

**LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

02513986	<i>Auro-Lurasidone</i>	Aurobindo	30	20 mg <b>PPB</b> 36,75	1,2250
			100	122,50	1,2250
02516438	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	1,2250
02422050	<i>Latuda</i>	Sunovion	30	107,10	3,5700
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

Co.

02513994	<i>Auro-Lurasidone</i>	Aurobindo	30	40 mg <b>PPB</b> 36,75	1,2250
			100	122,50	1,2250
02516446	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	1,2250
02387751	<i>Latuda</i>	Sunovion	30	107,10	3,5700
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.

02514001	<i>Auro-Lurasidone</i>	Aurobindo	30	60 mg <b>PPB</b> 36,75	1,2250
			100	122,50	1,2250
02516454	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	1,2250
02413361	<i>Latuda</i>	Sunovion	30	107,10	3,5700
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02514028	<i>Auro-Lurasidone</i>	Aurobindo	30 100	36,75 122,50	80 mg PPB ► 1,2250 ► 1,2250
02516462	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	► 1,2250
02387778	<i>Latuda</i>	Sunovion	30	107,10	3,5700
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.

02514036	<i>Auro-Lurasidone</i>	Aurobindo	30 100	36,75 122,50	120 mg PPB ► 1,2250 ► 1,2250
02516470	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	► 1,2250
02387786	<i>Latuda</i>	Sunovion	30	107,10	3,5700
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.

02238403	<i>Méthoprazine</i>	AA Pharma	100	7,21	2 mg 0,0721
----------	---------------------	-----------	-----	------	----------------

Sol. Inj.

01927698	<i>Nozinan</i>	Xediton	1 ml	3,25	25 mg/mL
----------	----------------	---------	------	------	----------

**OLANZAPINE** 

Co.

02487608	<i>AG-Olanzapine FC</i>	Angita	100	17,72	2,5 mg PPB ► 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>	Lilly	28	49,03	1,7511

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				7,5 mg	PPB
02281813	Apo-Olanzapine	Apotex	100	53,16	► 0,5316
02417278	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	53,16	► 0,5316
02410176	Mint-Olanzapine	Mint	30	15,95	► 0,5316
			100	53,16	► 0,5316
02545608	NRA-Olanzapine	Nora	100	53,16	► 0,5316
02311984	Olanzapine	Pro Doc	100	53,16	► 0,5316
02372835	Olanzapine	Sanis	100	53,16	► 0,5316
02385880	Olanzapine	Sivem	100	53,16	► 0,5316
02303167	pms-Olanzapine	Phmscience	100	53,16	► 0,5316
02337142	Riva-Olanzapine	Riva	100	53,16	► 0,5316
			500	265,80	► 0,5316
02310376	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	53,16	► 0,5316
02276739	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	53,16	► 0,5316
02229277	Zyprexa	Lilly	28	147,09	5,2532

Co. Diss. Orale ou Co.

				5 mg	PPB
02327562	ACT Olanzapine ODT	Teva Can	30	10,63	► 0,3544
02487616	AG-Olanzapine FC	Angita	100	35,44	► 0,3544
02487667	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	10,63	► 0,3544
02281805	Apo-Olanzapine	Apotex	100	35,44	► 0,3544
02360616	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	10,63	► 0,3544
02448726	Auro-Olanzapine ODT	AuroPharma	30	10,63	► 0,3544
02417251	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	35,44	► 0,3544
02406624	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	10,63	► 0,3544
02410168	Mint-Olanzapine	Mint	100	35,44	► 0,3544
02436965	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	10,63	► 0,3544
02545594	NRA-Olanzapine	Nora	100	35,44	► 0,3544
02536188	NRA-Olanzapine ODT	Nora	30	10,63	► 0,3544
02311976	Olanzapine	Pro Doc	100	35,44	► 0,3544
02372827	Olanzapine	Sanis	100	35,44	► 0,3544
02385872	Olanzapine	Sivem	100	35,44	► 0,3544
02338645	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	10,63	► 0,3544
02352974	Olanzapine ODT	Sanis	30	10,63	► 0,3544
02343665	Olanzapine ODT	Sivem	30	10,63	► 0,3544
02303159	pms-Olanzapine	Phmscience	100	35,44	► 0,3544
02303191	pms-Olanzapine ODT	Phmscience	30	10,63	► 0,3544
02414090	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	9,92	► 0,3544
02337134	Riva-Olanzapine	Riva	100	35,44	► 0,3544
			500	177,20	► 0,3544
02310368	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	35,44	► 0,3544
02327775	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	10,63	► 0,3544
02276720	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	35,44	► 0,3544
02229269	Zyprexa	Lilly	28	98,06	3,5021
02243086	Zyprexa Zydis	Lilly	28	100,09	3,5746

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.					
02327570	<i>ACT Olanzapine ODT</i>	Teva Can	30	21,26	0,7088
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>	Lilly	28	196,12	7,0043
02243087	<i>Zyprexa Zydis</i>	Lilly	28	200,00	7,1429

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Diss. Orale ou Co.

			15 mg	PPB	
02327589	ACT Olanzapine ODT	Teva Can	30	31,89	► 1,0631
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	Lilly	28	294,17	10,5061
02243088	Zyprexa Zydis	Lilly	28	299,91	10,7111

Co. Diss. Orale ou Co.

			20 mg	PPB	
02327597	ACT Olanzapine ODT	Teva Can	30	42,41	► 1,4137
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	Lilly	28	392,23	14,0082
02243089	Zyprexa Zydis	Lilly	28	395,84	14,1371

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE) </b>					
Susp. Inj. I.M. 1 mois 02354217	Invega Sustenna	Janss. Inc	50 mg/0,5 mL 1	304,10	
Susp. Inj. I.M. 1 mois 02354225	Invega Sustenna	Janss. Inc	75 mg/0,75 mL 1	456,18	
Susp. Inj. I.M. 1 mois 02354233	Invega Sustenna	Janss. Inc	100 mg/1,0 mL 1	456,18	
Susp. Inj. I.M. 1 mois 02354241	Invega Sustenna	Janss. Inc	150 mg/1,5 mL 1	608,22	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 02455943	Invega Trinza	Janss. Inc	175 mg/0,875 mL 1	912,30	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 02455986	Invega Trinza	Janss. Inc	263 mg/1,315 mL 1	1368,54	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 02455994	Invega Trinza	Janss. Inc	350 mg/1,75 mL 1	1368,54	
Susp. Inj. I.M. 3 mois 02456001	Invega Trinza	Janss. Inc	525 mg/2,625 mL 1	1824,66	
<b>PÉRICYAZINE </b>					
Caps. 01926780	Neuleptil	Search Phm	5 mg 100	18,84	0,1884
Caps. 01926772	Neuleptil	Search Phm	10 mg 100	29,85	0,2985
Sol. Orale 01926756	Neuleptil	Search Phm	10 mg/mL 100 ml	32,84	0,3284
<b>PERPHÉNAZINE </b>					
Co. 00335134	Perphénazine	AA Pharma	2 mg 100	6,68	0,0668

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 00335126	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	4 mg 8,08	0,0808
Co. 00335118	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	8 mg 8,88	0,0888
Co. 00335096	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	16 mg 13,59	0,1359
<b>PIMOZIDE</b> 					
Co. 02245433	<i>Pimozide</i>	AA Pharma	100	4 mg 41,36	0,4136
<b>PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)</b> 					
Co. 00886440	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	5 mg 16,59	0,1659
Co. 00886432	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	10 mg 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
02439158	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	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
02447088	<i>Priva-Quetiapine</i>	Pharmapar	100	4,94 ➔	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
02313995	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	4,94 ➔	0,0494
			500	24,70 ➔	0,0494
02236951	<i>Seroquel</i>	AZC	100	51,35 ➔	0,5135
02284235	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	100	4,94 ➔	0,0494
			500	24,70 ➔	0,0494

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
02439166	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	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
02314002	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318
02236952	<i>Seroquel</i>	AZC	100	137,00	1,3700
02284243	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318

Co.

				150 mg	PPB
02387816	<i>Comprimés de quétiapine</i>	Accord	100	96,56	► 0,9656
02439174	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	100	96,56	► 0,9656
02284251	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	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
			500	132,35 ➔	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
02439182	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	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
02314010	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	26,47 ➔	0,2647
02236953	<i>Seroquel</i>	AZC	100	275,20 ➔	2,7520
02284278	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	30	7,94 ➔	0,2647
			100	26,47 ➔	0,2647

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			300 mg	PPB	
02316129	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	100	38,63	► 0,3863
			500	193,15	► 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
02439190	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	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
02314029	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	38,63	► 0,3863
02244107	<i>Seroquel</i>	AZC	100	401,45	4,0145
02284286	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	30	11,59	► 0,3863
			100	38,63	► 0,3863

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
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.					
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
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
Co. L.A.					
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
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.					
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
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
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	60	5,27	► 0,0878
			100	8,78	► 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>Rispéridon</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	60	8,82	► 0,1470
			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>Rispéridon</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	60	12,19	► 0,2031
			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>Rispéridon</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	60	24,37	► 0,4062
			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>Rispéridon</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	60	36,50	► 0,6083
			100	60,83	► 0,6083

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
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
4 mg PPB					
Pd. Inj. I.M.					
02298465	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	75,41	12,5 mg
Pd. Inj. I.M.					
02255707	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	156,09	25 mg
Pd. Inj. I.M.					
02255723	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	234,16	37,5 mg
Pd. Inj. I.M.					
02255758	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	312,20	50 mg
<b>RISPÉRIDONE (TARTRATE DE) </b>					
Sol. Orale					
02454319	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	30 ml	13,99	0,4663
02279266	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	30 ml	13,99	0,4663
1 mg/mL PPB					
TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co.					
00345539	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	13,40	1 mg
00312754	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	17,93	2 mg
00312746	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	23,75	5 mg

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 00326836	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	10 mg 28,46	0,2846
Co. 00595942	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	20 mg 64,45	0,6445
<b>ZIPRASIDONE</b>					
Caps.				20 mg PPB	
02449544	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60 100	81,89 136,48	► 1,3648 ► 1,3648
02298597	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	60	81,89	► 1,3648
Caps.				40 mg PPB	
02449552	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60 100	93,80 156,33	► 1,5633 ► 1,5633
02298600	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	60	93,80	► 1,5633
Caps.				60 mg PPB	
02449560	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60 100	93,80 156,33	► 1,5633 ► 1,5633
02298619	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	60	93,80	► 1,5633
Caps.				80 mg PPB	
02449579	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60 100	93,80 156,33	► 1,5633 ► 1,5633
02298627	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	60	93,80	► 1,5633
<b>ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE)</b>					
Sol. Inj. I.M.				50 mg/mL	
02230405	<i>Clopixol-acuphase</i>	Lundbeck	1 ml	14,91	
<b>ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE)</b>					
Sol. Inj. I.M.				200 mg/mL	
02230406	<i>Clopixol dépôt</i>	Lundbeck	1 ml	14,91	
<b>ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE)</b>					
Co.				10 mg	
02230402	<i>Clopixol</i>	Lundbeck	100	38,35	0,3835
Co.				25 mg	
02230403	<i>Clopixol</i>	Lundbeck	100	95,88	0,9588

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**28:20.04**

**AMPHÉTAMINES**

**DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) ◆**

Caps. L.A.

		10 mg PPB			
02448319	<i>ACT Dextroamphetamine SR</i>	Teva Can	100	80,96	0,8096
01924559	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	81,71	0,8171

Caps. L.A.

		15 mg PPB			
02448327	<i>ACT Dextroamphetamine SR</i>	Teva Can	100	98,98	0,9898
01924567	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	100,05	1,0005

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

**28:20.92**

**AUTRES STIMULANTS S.N.C.**

**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>Apo-Methylphenidate SR</i>	Apotex	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	Apo-Alpraz	Apotex	100	6,09	►	0,0609
			1000	60,90	►	0,0609
01908189	Pro-Alprazolam	Pro Doc	100	6,09	►	0,0609
01913484	Teva-Alprazolam	Teva Can	100	6,09	►	0,0609
			1000	60,90	►	0,0609
00548359	Xanax	BGP Pharma	100	18,97		0,1897

Co.

				0,5 mg	PPB	
00865400	Apo-Alpraz	Apotex	100	7,28	►	0,0728
			1000	72,80	►	0,0728
01908170	Pro-Alprazolam	Pro Doc	1000	72,80	►	0,0728
01913492	Teva-Alprazolam	Teva Can	100	7,28	►	0,0728
			1000	72,80	►	0,0728
00548367	Xanax	BGP Pharma	100	22,67		0,2267

Co.

				1 mg	PPB	
02243611	Apo-Alpraz	Apotex	100	20,92	►	0,2092
02248706	Pro-Alprazolam	Pro Doc	100	20,92	►	0,2092
00723770	Xanax	BGP Pharma	100	40,81		0,4081

Co.

				2 mg	PPB	
02243612	Apo-Alpraz TS	Apotex	100	37,18	►	0,3718
00813958	Xanax TS	BGP Pharma	100	72,55	►	0,7255

**BROMAZÉPAM ☒**

Co.

				3 mg	PPB	
02177161	Apo-Bromazepam	Apotex	100	7,76	►	0,0776
02230584	Teva-Bromazepam	Teva Can	100	7,76	►	0,0776
			500	38,80	►	0,0776

Co.

				6 mg	PPB	
02177188	Apo-Bromazepam	Apotex	100	11,34	►	0,1134
02230585	Teva-Bromazepam	Teva Can	100	11,34	►	0,1134
			500	56,70	►	0,1134

**CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE) ☒**

Caps.

				5 mg		
00522724	Chlordiazépoxide	AA Pharma	100	6,79		0,0679

Caps.

				10 mg		
00522988	Chlordiazépoxide	AA Pharma	100	10,70		0,1070

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.				25 mg	
	00522996   <i>Chlordiazépoxide</i>	AA Pharma	100	16,58	0,1658

**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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
				1 mg PPB	
00655759	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	100	4,47 ➔	0,0447
			1000	44,70 ➔	0,0447
02041421	<i>Ativan</i>	Pfizer	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
Co.					
				2 mg PPB	
00655767	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	100	6,99 ➔	0,0699
			1000	69,90 ➔	0,0699
02041448	<i>Ativan</i>	Pfizer	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	
02243278	<i>Lorazépam Injection</i>	Sandoz	1 ml	21,20	
<b>MIDAZOLAM</b> ☒					
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 ➔	
<b>OXAZÉPAM</b> ☒					
Co.					
				10 mg PPB	
00402680	<i>Apo-Oxazépam</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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

00402745	<i>Apo-Oxazepam</i>	Apotex	100 1000	5,50 55,00	► 0,0550 ► 0,0550
00497762	<i>Pro-Oxazepam</i>	Pro Doc	500 1000	27,50 55,00	► 0,0550 ► 0,0550
00568406	<i>Riva-Oxazepam</i>	Riva	100 500	5,50 27,50	► 0,0550 ► 0,0550

Co.

00402737	<i>Apo-Oxazepam</i>	Apotex	100 1000	7,50 75,00	► 0,0750 ► 0,0750
00497770	<i>Pro-Oxazepam</i>	Pro Doc	500 1000	37,50 75,00	► 0,0750 ► 0,0750
00568414	<i>Riva-Oxazepam</i>	Riva	100 500	7,50 37,50	► 0,0750 ► 0,0750

**TÉMAZÉPAM** 

Caps.

00604453	<i>Restoril</i>	AA Pharma	100	15 mg 24,61	0,2461
----------	-----------------	-----------	-----	----------------	--------

Caps.

00604461	<i>Restoril</i>	AA Pharma	100	30 mg 29,80	0,2980
----------	-----------------	-----------	-----	----------------	--------

**28:24.92****DIVERS ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES**  
**BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

02211076	<i>Apo-Buspirone</i>	Apotex	100	10 mg 26,59	► 0,2659
02500213	<i>Auro-Buspirone</i>	AuroPharma	100 1000	26,59 265,90	► 0,2659 ► 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.

00646059	<i>Hydroxyzine</i>	AA Pharma	100	10 mg 12,37	0,1237
00738824	<i>Novo-Hydroxyzin</i>	Novopharm	100	3,32	► 0,0332

Caps.

00646024	<i>Hydroxyzine</i>	AA Pharma	100	25 mg 15,80	0,1580
00738832	<i>Novo-Hydroxyzin</i>	Novopharm	100	5,38	► 0,0538

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Caps.</b>					
00646016	Hydroxyzine	AA Pharma	50 mg	PPB	
00738840	Teva-Hydroxyzin	Teva Can	100	22,94	0,2294
			100	7,50	0,0750
<b>Sir.</b>					
00024694	Atarax	Search Phm	10 mg/5 mL		
			473 ml	19,04	0,0403
<b>PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Co.					
00575186	Histantil	Phmscience	50 mg		
			100	16,64	0,1664
<b>28:28</b>					
<b>AUTRES PSYCHOTROPES</b>					
<b>LITHIUM (CARBONATE DE) </b>					
<b>Caps.</b>					
02242837	Apo-Lithium Carbonate	Apotex	150 mg		
00461733	Carbolith	Bausch H.	6,67	0,0667	
02013231	Lithane	Search Phm	11,41	0,1141	
02216132	pms-Lithium carbonate	Phmscience	100	10,58	0,1058
			100	6,67	0,0667
			1000	66,70	0,0667
<b>Caps.</b>					
02242838	Apo-Lithium Carbonate	Apotex	300 mg		
00236683	Carbolith	Bausch H.	6,57	0,0657	
			100	8,86	0,0886
			1000	88,61	0,0886
00406775	Lithane	Search Phm	1000	105,40	0,1054
02216140	pms-Lithium carbonate	Phmscience	100	6,57	0,0657
			1000	65,70	0,0657
<b>Caps.</b>					
02011239	Carbolith	Bausch H.	600 mg		
02216159	pms-Lithium carbonate	Phmscience	100	17,00	0,1700
			100	16,23	0,1623
<b>28:32.28</b>					
<b>AGONISTES DES RÉCEPTEURS 5HT-1</b>					
<b>ALMOTRIPTAN (MALATE D') </b>					
Co.					
02398435	Mylan-Almotriptan	Mylan	6,25 mg		
			6	42,26	7,0433
Co.					
02424029	Almotriptan	Pro Doc	12,5 mg	PPB	
02466821	Almotriptan	Sanis	6	14,09	2,3478
02398443	Mylan-Almotriptan	Mylan	6	14,09	2,3478
02405334	Sandoz Almotriptan	Sandoz	6	14,09	2,3478
02434849	Teva-Almotriptan	Teva Can	6	14,09	2,3478

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
02489961	<i>Eletriptan</i>	Pro Doc	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
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
02489988	<i>Eletriptan</i>	Pro Doc	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
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	<i>AG-Rizatriptan ODT</i>	Angita	6	22,23	3,7050
02393468	<i>Apo-Rizatriptan</i>	Apotex	6	22,23	3,7050
02458764	<i>CCP-Rizatriptan</i>	Cellchem	6	22,23	3,7050
02380455	<i>Jamp-Rizatriptan</i>	Jamp	6	22,23	3,7050
02429233	<i>Jamp-Rizatriptan IR</i>	Jamp	6	22,23	3,7050
02465086	<i>Jamp-Rizatriptan ODT</i>	Jamp	6	22,23	3,7050
02379651	<i>Mar-Rizatriptan</i>	Marcan	6	22,23	3,7050
			30	111,15	3,7050
02462788	<i>Mar-Rizatriptan ODT</i>	Marcan	6	22,23	3,7050
02240518	<i>Maxalt RPD</i>	Organon	12	171,57	14,2975
02379198	<i>Mylan-Rizatriptan ODT</i>	Mylan	6	22,23	3,7050
02436604	<i>NAT-Rizatriptan ODT</i>	Natco	6	22,23	3,7050
02393360	<i>pms-Rizatriptan RDT</i>	Phmscience	6	22,23	3,7050
02442906	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sanis	6	22,23	3,7050
02446111	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sivem	6	22,23	3,7050
02415798	<i>Rizatriptan RDT</i>	Pro Doc	6	22,23	3,7050
02351870	<i>Sandoz Rizatriptan ODT</i>	Sandoz	6	22,23	3,7050
02396661	<i>Teva-Rizatriptan ODT</i>	Teva Can	6	22,23	3,7050

Co. Diss. Orale ou Co.

				10 mg	PPB
02381702	<i>ACT Rizatriptan</i>	Teva Can	6	22,23	3,7050
			12	44,46	3,7050
02492490	<i>AG-Rizatriptan ODT</i>	Angita	6	22,23	3,7050
02393476	<i>Apo-Rizatriptan</i>	Apotex	6	22,23	3,7050
02458772	<i>CCP-Rizatriptan</i>	Cellchem	6	22,23	3,7050
02380463	<i>Jamp-Rizatriptan</i>	Jamp	6	22,23	3,7050
			30	111,15	3,7050
02429241	<i>Jamp-Rizatriptan IR</i>	Jamp	6	22,23	3,7050
			12	44,46	3,7050
02465094	<i>Jamp-Rizatriptan ODT</i>	Jamp	6	22,23	3,7050
02379678	<i>Mar-Rizatriptan</i>	Marcan	6	22,23	3,7050
			12	44,46	3,7050
02462796	<i>Mar-Rizatriptan ODT</i>	Marcan	6	22,23	3,7050
02240521	<i>Maxalt</i>	Organon	12	171,57	14,2975
02240519	<i>Maxalt RPD</i>	Organon	12	171,57	14,2975
02379201	<i>Mylan-Rizatriptan ODT</i>	Mylan	6	22,23	3,7050
02436612	<i>NAT-Rizatriptan ODT</i>	Natco	6	22,23	3,7050
02489384	<i>NRA-Rizatriptan ODT</i>	Nora	6	22,23	3,7050
02393379	<i>pms-Rizatriptan RDT</i>	Phmscience	6	22,23	3,7050
02516756	<i>Rizatriptan</i>	Sanis	12	44,46	3,7050
02442914	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sanis	6	22,23	3,7050
02446138	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sivem	6	22,23	3,7050
02415801	<i>Rizatriptan RDT</i>	Pro Doc	6	22,23	3,7050
02351889	<i>Sandoz Rizatriptan ODT</i>	Sandoz	6	22,23	3,7050
02396688	<i>Teva-Rizatriptan ODT</i>	Teva Can	6	22,23	3,7050

**SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE) **

Vap. nasal

				20 mg
02230420	<i>Imitrex</i>	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	Apo-Sumatriptan	Apotex	6	16,64 ➔	2,7732
02212153	Imitrex DF	GSK	6	83,86 ➔	13,9767
+ 02545306	JAMP Sumatriptan DF	Jamp	6	16,64 ➔	2,7732
02268914	Mylan-Sumatriptan	Mylan	6	16,64 ➔	2,7732
02256436	pms-Sumatriptan	Phmscience	6	16,64 ➔	2,7732
			30	83,20 ➔	2,7732
02263025	Sandoz Sumatriptan	Sandoz	6	16,64 ➔	2,7732
02324652	Sumatriptan	Pro Doc	6	16,64 ➔	2,7732
02286521	Sumatriptan	Sanis	6	16,64 ➔	2,7732
02546035	Sumatriptan	Sivem	6	16,64 ➔	2,7732
02385570	Sumatriptan DF	Sivem	6	16,64 ➔	2,7732
02286823	Teva-Sumatriptan DF	Teva Can	6	16,64 ➔	2,7732

Co.

			100 mg	PPB	
02268396	Apo-Sumatriptan	Apotex	6	18,33 ➔	3,0549
02212161	Imitrex DF	GSK	6	92,38 ➔	15,3967
+ 02545314	JAMP Sumatriptan DF	Jamp	6	18,33 ➔	3,0549
02268922	Mylan-Sumatriptan	Mylan	6	18,33 ➔	3,0549
02256444	pms-Sumatriptan	Phmscience	6	18,33 ➔	3,0549
			30	91,65 ➔	3,0549
02263033	Sandoz Sumatriptan	Sandoz	6	18,33 ➔	3,0549
02324660	Sumatriptan	Pro Doc	6	18,33 ➔	3,0549
02286548	Sumatriptan	Sanis	6	18,33 ➔	3,0549
02546043	Sumatriptan	Sivem	6	18,33 ➔	3,0549
02385589	Sumatriptan DF	Sivem	6	18,33 ➔	3,0549
02239367	Teva-Sumatriptan	Teva Can	6	18,33 ➔	3,0549
02286831	Teva-Sumatriptan DF	Teva Can	6	18,33 ➔	3,0549
			50	152,75 ➔	3,0549

Sol. Inj. S.C.

			6 mg/0,5 mL	PPB	
99000598	Imitrex Stat Dose	GSK	2	73,24 ➔	36,6200
02361698	Taro-Sumatriptan	Taro	2	66,35 ➔	33,1750

Trousse

			6 mg/0,5 mL	
02212188	Imitrex Stat Dose	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	Auro-Zolmitriptan	AuroPharma	6	10,52	1,7532
			30	52,60	1,7532
02512831	Bio-Zolmitriptan	Biomed	6	10,52	1,7532
02458780	CCP-Zolmitriptan	Cellchem	6	10,52	1,7532
02421623	Jamp-Zolmitriptan	Jamp	6	10,52	1,7532
02477106	Jamp-Zolmitriptan	Jamp	6	10,52	1,7532
02428237	Jamp-Zolmitriptan ODT	Jamp	6	10,52	1,7532
02399458	Mar-Zolmitriptan	Marcan	6	10,52	1,7532
02419521	Mint-Zolmitriptan	Mint	6	10,52	1,7532
*	02419513 Mint-Zolmitriptan ODT	Mint	6	10,52	R
02421534	NAT-Zolmitriptan	Natco	6	10,52	1,7532
			100	175,32	1,7532
02489392	NRA-Zolmitriptan	Nora	6	10,52	1,7532
02362988	Sandoz Zolmitriptan	Sandoz	3	5,26	1,7532
			6	10,52	1,7532
02362996	Sandoz Zolmitriptan ODT	Sandoz	2	3,51	1,7532
			6	10,52	1,7532
02313960	Teva Zolmitriptan	Teva Can	6	10,52	1,7532
02342545	Teva Zolmitriptan OD	Teva Can	6	10,52	1,7532
02442655	Zolmitriptan	Sanis	6	10,52	1,7532
02442671	Zolmitriptan ODT	Sanis	6	10,52	1,7532
02238660	Zomig	Xediton	6	83,10	13,8500
02243045	Zomig Rapimelt	Xediton	6	83,10	13,8500

Vap. nasal

				5 mg	
02248993	Zomig	Xediton	6	83,10	13,8500

**28:32.92**

**AUTRES ANTIMIGRAINEUX**

**PIZOTIFÈNE (MALATE DE)** 

Co.

				1 mg	
00511552	Sandomigran DS	Paladin	100	62,83	0,6283

**28:36.04**

**ADAMANTANES**

**AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')** 

Caps.

				100 mg	
01990403	PDP-Amantadine	Pendopharm	100	52,52	0,5252

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**28:36.08**

**ANTICHOLINERGIQUES**  
**BENZTROPINE (MÉSYLATE DE) **

Co.				1 mg	
00706531	<i>PDP-Benztropine</i>	Pendopharm	1000	52,20	0,0522

**TRIHEXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.				2 mg	
00545058	<i>Trihexyphenidyl</i>	AA Pharma	100	3,76	0,0376

Co.				5 mg	
00545074	<i>Trihex</i>	AA Pharma	100	6,81	0,0681

**28:36.12**

**INHIBITEURS DE LA CATÉCHOL-O-MÉTHYLTRANSFÉRASE**  
**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>	Aurobindo	100	10,87	►	0,1087
			500	54,35	►	0,1087
02244494	<i>Novo-Levocarbidopa</i>	Novopharm	100	10,87	►	0,1087

Co.				100 mg -25 mg	PPB	
02195941	<i>Apo-Levocarb</i>	Apotex	100	16,23	►	0,1623
			500	81,15	►	0,1623
02531607	<i>Auro-Levocarb</i>	Aurobindo	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-Levocarbidopa</i>	Novopharm	100	16,23	►	0,1623
			500	81,15	►	0,1623
02311178	<i>Pro-Levocarb-100/25</i>	Pro Doc	100	16,23	►	0,1623
			500	81,15	►	0,1623

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. 02272873	Levocarb CR	AA Pharma	100	100 mg -25 mg 79,74	0,7974
Co. L.A. 02245211	Levocarb CR	AA Pharma	100	200 mg -50 mg 142,82	1,4282
<b>28:36.20</b>					
<b>AGONISTES DE LA DOPAMINE</b>					
<b>BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE) R</b>					
Caps. 02230454	Bromocriptine	AA Pharma	100	5 mg 152,51	1,5251
Co. 02087324	Bromocriptine	AA Pharma	100	2,5 mg 101,88	1,0188
<b>PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) R</b>					
Co.				0,25 mg PPB	
02297302	Act Pramipexole	Teva Can	100	19,50 ➔	0,1950
02292378	Apo-Pramipexole	Apotex	100	19,50 ➔	0,1950
02424061	Auro-Pramipexole	AuroPharma	100	19,50 ➔	0,1950
			500	97,50 ➔	0,1950
02237145	Mirapex	Bo. Ing.	100	105,13 ➔	1,0513
02325802	Pramipexole	Pro Doc	100	19,50 ➔	0,1950
02367602	Pramipexole	Sanis	100	19,50 ➔	0,1950
02309122	Pramipexole	Sivem	100	19,50 ➔	0,1950
02315262	Sandoz Pramipexole	Sandoz	100	19,50 ➔	0,1950
Co.				0,5 mg PPB	
02297310	Act Pramipexole	Teva Can	100	40,18 ➔	0,4018
02292386	Apo-Pramipexole	Apotex	100	40,18 ➔	0,4018
02424088	Auro-Pramipexole	AuroPharma	100	40,18 ➔	0,4018
			500	200,90 ➔	0,4018
02325810	Pramipexole	Pro Doc	100	40,18 ➔	0,4018
02367610	Pramipexole	Sanis	100	40,18 ➔	0,4018
02309130	Pramipexole	Sivem	100	40,18 ➔	0,4018
02315270	Sandoz Pramipexole	Sandoz	100	40,18 ➔	0,4018
Co.				1 mg PPB	
02297329	Act Pramipexole	Teva Can	100	39,01 ➔	0,3901
02292394	Apo-Pramipexole	Apotex	100	39,01 ➔	0,3901
02424096	Auro-Pramipexole	AuroPharma	100	39,01 ➔	0,3901
			500	195,05 ➔	0,3901
02325829	Pramipexole	Pro Doc	100	39,01 ➔	0,3901
02367629	Pramipexole	Sanis	100	39,01 ➔	0,3901
02309149	Pramipexole	Sivem	100	39,01 ➔	0,3901
02315289	Sandoz Pramipexole	Sandoz	100	39,01 ➔	0,3901

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02297337	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	39,01	1,5 mg PPB 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

**ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE) □**

Co.

02352338	<i>Jamp-Ropinirole</i>	Jamp	100	7,09	0,25 mg PPB 0,0709
02314037	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	7,09	0,0709
* 02316846	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	7,09	0,0709

Co.

02352346	<i>Jamp-Ropinirole</i>	Jamp	100	28,38	1 mg PPB R
* 02314053	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	57,62	0,5762
* 02316854	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	57,62	0,5762

Co.

02352354	<i>Jamp-Ropinirole</i>	Jamp	100	31,22	2 mg PPB R
* 02314061	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	63,38	0,6338
* 02316862	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	63,38	0,6338

Co.

02314088	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	85,96	5 mg PPB 0,8596
* 02316870	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	85,96	0,8596

**28:36.32****INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE DE TYPE B****SAFINAMIDE (MÉSYLATE DE) □**

Co.

02484641	<i>Onstryv</i>	Valeo	30	207,00	50 mg 6,9000
----------	----------------	-------	----	--------	-----------------

Co.

02484668	<i>Onstryv</i>	Valeo	30	207,00	100 mg 6,9000
----------	----------------	-------	----	--------	------------------

**SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE) □**

Co.

02230641	<i>Selegiline</i>	AA Pharma	100	50,21	5 mg PPB 0,5021
02068087	<i>Teva-Sélégiline</i>	Teva Can	60	30,13	0,5021

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

### 28:36.92

#### AUTRES ANTIPARKINSONIENS

##### ÉTHOPROPRAZINE (CHLORHYDRATE D')

Co.

01927744	Parsitan	Search Phm	100	50 mg 19,53	0,1953
----------	----------	------------	-----	----------------	--------

##### LÉVODOPA/ BENZÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

00522597	Prolopa 50/12.5	Roche	100	50 mg - 12,5 mg 27,87	0,2787
----------	-----------------	-------	-----	--------------------------	--------

Caps.

00386464	Prolopa 100/25	Roche	100	100 mg - 25 mg 45,88	0,4588
----------	----------------	-------	-----	-------------------------	--------

##### LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE

Co.

02305933	Stalevo	Sandoz	100	50 mg - 12,5 mg - 200 mg 160,05	1,6005
----------	---------	--------	-----	------------------------------------	--------

Co.

02337827	Stalevo	Sandoz	100	75 mg - 18,75 mg - 200 mg 160,05	1,6005
----------	---------	--------	-----	-------------------------------------	--------

Co.

02305941	Stalevo	Sandoz	100	100 mg - 25 mg - 200 mg 160,05	1,6005
----------	---------	--------	-----	-----------------------------------	--------

Co.

02337835	Stalevo	Sandoz	100	125 mg - 31,25 mg - 200 mg 160,05	1,6005
----------	---------	--------	-----	--------------------------------------	--------

Co.

02305968	Stalevo	Sandoz	100	150 mg - 37,5 mg - 200 mg 160,05	1,6005
----------	---------	--------	-----	-------------------------------------	--------

### 28:92

#### MÉDICAMENTS S.N.C. DIVERS

##### BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE)

Co.

02449153	Auro-Betahistine	AuroPharma	100	16 mg PPB 11,06	► 0,1106
02466449	Betahistine	Sanis	100	11,06	► 0,1106
02519690	M-Betahistine	Mantra Ph.	100	11,06	► 0,1106
02538148	Mint-Betahistine	Mint	100	11,06	► 0,1106
02544938	NRA-Betahistine	Nora	30	3,32	► 0,1106
			100	11,06	► 0,1106
02330210	pms-Betahistine	Phmscience	100	11,06	► 0,1106
02243878	Serc	BGP Pharma	100	45,99	0,4599
02280191	Teva-Betahistine	Teva Can	100	11,06	► 0,1106

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			24 mg	<b>PPB</b>	
02449161	<i>Auro-Betahistine</i>	AuroPharma	100	16,59 ➡	0,1659
02466457	<i>Betahistine</i>	Sanis	100	16,59 ➡	0,1659
02519704	<i>M-Betahistine</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 ➡	0,1659

**TETRABENAZINE** 

Co.

			25 mg	<b>PPB</b>	
02407590	<i>Apo-Tetrabenazine</i>	Apotex	100	166,69 ➡	1,6669
02410338	<i>Comprimés de tétrabenazine</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 DIAGNOSTIQUES**

36:26      diabète sucré  
36:88      analyse d'urine et de selles  
36:88.12    cétones  
36:88.40    sucre  
36:88.92    divers  
36:92      divers agents diagnostiques



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

### 36:26

#### DIABÈTE SUCRÉ

##### RÉACTIF QUANTITATIF DES CÉTONES DANS LE SANG

Bandelette

				PPB	
99100929	<i>FreeStyle Precision (Cétone)</i>	Abbott	10	15,06	
99100850	<i>Nova Max Plus (Ketone)</i>	NovaBiomed	10	14,99	
99004879	<i>Precision Xtra (Cétone)</i>	Ab Diabète	10	15,06	

##### RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG <sup>31</sup>

Bandelette

99002884	<i>Accu-Chek Advantage</i>	Roche SD	50	40,80	
99100214	<i>Accu-Chek Aviva</i>	Roche SD	100	71,25	
			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 Diabète	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	

### 36:88.12

#### 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	
----------	----------------	----------	----	------	--

**36:88.92**

**DIVERS**

**RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DE L'ACÉTONE ET DU GLUCOSE**

Bandelette

00035149	<i>Keto-Diastix</i>	Ascensia	100	13,03	
----------	---------------------	----------	-----	-------	--

**36:92**

**DIVERS AGENTS DIAGNOSTIQUES**

**RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG POUR TEST PAR LE PHARMACIEN**

Bandelette

99114132	<i>CoaguChek PT Test</i>	Roche Diag	48	297,60	12	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

- 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.

**40:00**  
**ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES**

- 40:08**      **alcalinisants**
- 40:12**      **agents de suppléance**
- 40:18**      **résines échangeuses d'ions**
- 40:18.18      résines échangeuses de potassium
- 40:20**      **agents calorifiques**
- 40:28**      **diurétiques**
- 40:28.08      diurétiques de l'anse
- 40:28.16      diurétiques épargneurs de potassium
- 40:28.20      diurétiques thiazidiques
- 40:28.24      diurétiques apparentés aux thiazidiques
- 40:28.92      autres diurétiques



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**40:08**

**ALCALINISANTS**

**ACIDE CITRIQUE/ CITRATE DE SODIUM**

Sol. Orale 00721344   <i>Dicitrate</i>	Pendopharm	334 mg -500 mg/5 mL 500 ml	22,33	0,0447
---	------------	-------------------------------	-------	--------

**BICARBONATE DE SODIUM**

Co.			500 mg	<b>PPB</b>	
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**

**AGENTS DE SUPPLÉANCE**

**CALCIUM (CARBONATE DE)**

Co.			500 mg	<b>PPB</b>	
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
02237352	<i>Euro-Cal</i>	Sandoz	500	10,80	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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
02237351	<i>Euro-Cal-D</i>	Sandoz	500	14,45	►	0,0289
02246041	<i>Jamp-Calcium+Vitamine D 125 U.I.</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

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>Cal-Os D</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	<b>PPB</b>	
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
80002901	Carbocal D 400 (Co. croq)	Sandoz	60	7,20 ➡	0,1200
02245511	Carbocal D 400 (Co.)	Sandoz	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80004545	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
80002122	Jamp-Calcium + Vitamine D 400 UI	Jamp	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80025065	Jamp-Calcium + Vitamine D 400 UI 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
80002623	Jamp-Calcium+Vitamine D 400 UI Croquable	Jamp	60	7,20 ➡	0,1200
			300	36,00 ➡	0,1200
80025360	J-Cal-D 400	Jamp	60	7,20 ➡	0,1200
			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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
80059293	<i>Pharma-Cal D 400 UI Foncé</i>	Phmscience	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80008566	<i>Pro-Cal-D 400</i>	Pro Doc	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80021369	<i>Px-Calcium 500 mg + D 400 UI</i>	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80048609	<i>Px-Calcium 500 mg + D 400 UI</i>	Phoenix	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200
80019198	<i>ratio-Calcium Vit D</i>	Ratiopharm	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
80018540	<i>Cal-Os D 1000</i>	Jamp	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
80027787	<i>Jamp-Calcium+Vitamine D 1000 UI (Co. Croq.)</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
80055435	<i>Px-Calcium 500 mg + D 1000 UI</i>	Phoenix	60	7,20	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Croq.			500 mg -400 UI PPB		
80101373	AG-Calcium Cit.D 400 Croq.	Angita	60	7,20	0,1200
80000281	Ci-Cal D 400	Sandoz	60	7,20	0,1200
80003262	Jamp Calci-Os	Jamp	60	7,20	0,1200

Co. Croq.		500 mg - 1 000 UI			
80029083	Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 1000 UI	Jamp	60	7,20	0,1200

#### ELECTROLYTES DE REMPLACEMENT/ DEXTROSE

Pd. Orale			5,1 g / sac.		
80027403	Jamp Rehydralyte	Jamp	10	19,50	1,9500

#### MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)

Sol. Orale		500 mg/5 mL (Mg-25 mg/5 mL) PPB			
80009357	Jamp-Magnesium	Jamp	500 ml	9,95	0,0199
			2000 ml	39,80	0,0199
80004109	Magnesium-Odan	Odan	500 ml	9,95	0,0199
			2000 ml	39,80	0,0199
80072191	M-Magnesium	Mantra Ph.	500 ml	9,95	0,0199
00026697	Rougier Magnésium	Teva Can	500 ml	9,95	0,0199
			2000 ml	39,80	0,0199
99100788	Rougier Magnesium sans sucre	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	AG-Magnesium Gluconate	Angita	100	10,88	0,1088
80089349	Bio-Magnesium	Biomed	100	10,88	0,1088
80009539	Jamp-Magnesium	Jamp	100	10,88	0,1088
00555126	Maglucate	Pendopharm	100	10,88	0,1088
80062929	M-Magnesium Gluconate	Mantra Ph.	100	10,88	0,1088
	500 mg				
80115982	Opus Gluconate de Magnésium	Opus	100	10,88	0,1088

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	AG-K8	Angita	500	20,00	► 0,0400
80084446	Alta-K8	Altamed	500	20,00	► 0,0400
			1000	40,00	► 0,0400
00602884	Apo-K	Apotex	1000	74,86	0,0749
02246734	Euro-K 600	Sandoz	500	20,00	► 0,0400
80013005	Jamp-K 8	Jamp	100	4,00	► 0,0400
			500	20,00	► 0,0400
02042304	Micro-K	Paladin	100	7,92	0,0792
80035346	M-K8 L.A.	Mantra Ph.	100	4,00	► 0,0400
			500	20,00	► 0,0400
80044745	Opus K-8	Opus	1000	40,00	► 0,0400
80108882	PRZ K8	Pharmaris	100	4,00	► 0,0400
			500	20,00	► 0,0400
02244068	Riva-K 8 SR	Riva	100	4,00	► 0,0400
			500	20,00	► 0,0400

Co. L.A.

			20 mmol (en K+)	PPB	
80106713	AG-K20	Angita	500	58,05	► 0,1161
80026265	Bio-POTASSIUM K20	Biomed	100	11,61	► 0,1161
			500	58,05	► 0,1161
02242261	Euro-K 20	Sandoz	100	11,61	► 0,1161
			500	58,05	► 0,1161
80013007	Jamp-K 20	Jamp	100	11,61	► 0,1161
			500	58,05	► 0,1161
80040412	K-20 Potassium	Altamed	500	58,05	► 0,1161
80025624	M-K20 L.A.	Mantra Ph.	100	11,61	► 0,1161
			500	58,05	► 0,1161
80071412	M-K20 Soluble	Mantra Ph.	100	19,95	0,1995
			500	99,75	0,1995
80004415	Odan K-20	Odan	100	11,61	► 0,1161
			500	58,05	► 0,1161
80028233	Opus K-20	Opus	500	58,05	► 0,1161
80107649	PRZ K20	Pharmaris	100	11,61	► 0,1161
80040926	PX K-20	Phoenix	500	58,05	► 0,1161
02243975	Riva-K 20 SR	Riva	100	11,61	► 0,1161
			500	58,05	► 0,1161

Sol. Orale

6,65 mmol/5 mL (en K+)

02238604	pms-Potassium Chloride	Phmscience	500 ml	5,10	0,0102
----------	------------------------	------------	--------	------	--------

**POTASSIUM (CITRATE DE)**

Co. Eff.

			25 mmol (en K+)	PPB	
80033602	Jamp-K Effervescent	Jamp	30	14,28	► 0,4760
02085992	K-Lyte	WellSpring	30	14,28	► 0,4760

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.				10 mmol (en K+) PPB	
80023817	Jamp-K-Citrate	Jamp	100	15,45 ➡	0,1545
02243768	K-Citra	Seaford	100	15,45 ➡	0,1545

Sol. Orale				10 mmol/5 mL (en K+)	
80011529	K-Citra 10 Solution	Seaford	450 ml	19,97	0,0444

#### SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. Inj. I.V.

99100498			30 ml	234 mg/mL 11	
----------	--	--	-------	--------------	--

Sol. pour Inh.				70 mg/mL (4 mL)	
80029758	Nebusal 7 %	Sterimax	60	53,00	0,8833

#### 40:18.18

#### RÉSINES ÉCHANGEUSES DE POTASSIUM

#### POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)

Pd. Orale				Pouvoir liant: 1,6 mmol de k/g PPB	
02502631	Jamp Calcium Polystyrene Sulfonate	Jamp	300 g	71,94 ➡	
02017741	Resonium Calcium	SanofiAven	300 g	71,94 ➡	

#### POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE) □

Pd. Orale				Pouvoir liant: 1 mmol de k/g PPB	
02497557	Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate	Jamp	454 g	29,42 ➡	
02026961	Kayexalate	SanofiAven	454 g	29,42 ➡	
02473941	Odan-Sodium polystyrene sulfonate	Odan	454 g	29,42 ➡	
00755338	Solystat	Pendopharm	454 g	29,42 ➡	

Susp. Orale

				Pouvoir liant: 1 mmol de k/4mL PPB	
02473968	Odan-Sodium polystyrene sulfonate	Odan	500 ml	52,19 ➡	0,1044
00769541	Solystat	Pendopharm	500 ml	52,19 ➡	0,1044

#### 40:20

#### AGENTS CALORIFIQUES

#### LÉVOCARNITINE □

Co.				330 mg	
02144328	Carnitor	Leadiant	90	333,06 ➡	3,7007

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. Inj. I.V.				1 g/5 mL	
02144344	Carnitor	Leadiant	5 ml	85,97	

Sol. Orale				100 mg/mL PPB	
02144336	Carnitor	Leadiant	118 ml	44,95 ➔	0,3809
02492105	Odan Levocarnitine	Odan	118 ml	44,95 ➔	0,3809

<b>40:28.08</b>					
<b>DIURÉTIQUES DE L'ANSE</b>					
<b>ÉTHACRYNIQUE (ACIDE) □</b>					
Co.					
02258528	Edecrin	Bausch H.	100	25 mg	0,3096

<b>FUROSÉMIDE □</b>					
Co.					
00396788	Apo-Furosémide	Apotex	1000	20 mg PPB	
02351420	Furosemide	Sanis	1000	20,90 ➔	0,0209
02466759	Mint-Furosemide	Mint	1000	20,90 ➔	0,0209
00496723	Pro-Furosemide	Pro Doc	1000	20,90 ➔	0,0209
00337730	Teva-Furosemide	Teva Can	100	2,09 ➔	0,0209
			1000	20,90 ➔	0,0209

Co.					
00362166	Apo-Furosémide	Apotex	1000	40 mg PPB	
02351439	Furosemide	Sanis	1000	32,18 ➔	0,0322
02466767	Mint-Furosemide	Mint	1000	32,18 ➔	0,0322
02247494	pms-Furosémide	Phmscience	500	16,09 ➔	0,0322
00397792	Pro-Furosemide	Pro Doc	1000	32,18 ➔	0,0322
00337749	Teva-Furosemide	Teva Can	100	3,22 ➔	0,0322
			1000	32,18 ➔	0,0322

Co.					
00707570	Apo-Furosémide	Apotex	100	80 mg PPB	
02351447	Furosemide	Sanis	100	6,54 ➔	0,0654
02466775	Mint-Furosemide	Mint	100	6,54 ➔	0,0654
00667080	Pro-Furosemide	Pro Doc	100	6,54 ➔	0,0654
			500	32,70 ➔	0,0654
00765953	Teva-Furosemide	Teva Can	100	6,54 ➔	0,0654

Co.					
02224755	Lasix Spécial	SanofiAven	20	500 mg	2,6235

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.					
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	
10 mg/mL PPB					
Sol. Orale					
02224720	<i>Lasix</i>	SanofiAven	120 ml	36,99	0,3083
10 mg/mL					
<b>40:28.16</b>					
<b>DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM</b>					
<b>AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')</b>					
Co.					
02249510	<i>Midamor</i>	AA Pharma	100	31,37	0,3137
5 mg					
<b>40:28.20</b>					
<b>DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES</b>					
<b>HYDROCHLOROTHIAZIDE</b>					
Co.					
02327856	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	500	3,95	0,0079
02425947	<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	500	3,95	0,0079
02274086	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	500	3,95	0,0079
12,5 mg PPB					
Co.					
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
25 mg PPB					
Co.					
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
			1000	21,68	0,0217
50 mg PPB					

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
02443112	<i>Act Olmesartan HCT</i>	Teva Can	30	9,06	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>Olmotec 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	0,3019
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>Olmotec 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	0,3019
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>Olmotec Plus</i>	Organon	30	30,49	1,0163
02526484	<i>PRZ-Olmesartan HCTZ</i>	Pharmaris	100	30,19	0,3019

**40:28.24**

**DIURÉTIQUES APPARENTÉS AUX THIAZIDIQUES**

**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. 02523809	Jamp Chlorthalidone	Jamp	100	25 mg 11,80	0,1180
Co. 00360279 02523817	Chlorthalidone Jamp Chlorthalidone	Apotex Jamp	100 100	50 mg PPB 12,42 12,42	0,1242 0,1242
<b>INDAPAMIDE</b>					
Co. 02245246 02240067	Apo-Indapamide Mylan-Indapamide	Apotex Mylan	100 100	1,25 mg PPB 7,45 7,45	0,0745 0,0745
Co. 02223678 02153483	Apo-Indapamide Mylan-Indapamide	Apotex Mylan	100 100	2,5 mg PPB 11,82 11,82	0,1182 0,1182
<b>METOLAZONE</b>					
Co. 00888400	Zaroxolyn	SanofiAven	100	2,5 mg 16,14	0,1614
<b>40:28.92</b>					
<b>AUTRES DIURÉTIQUES</b>					
<b>AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE</b>					
Co. 00784400	Amilzide	AA Pharma	1000	5 mg -50 mg 83,78	0,0838
<b>SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE</b>					
Co. 00613231	Teva-Spironolactone/HCTZ	Teva Can	100	25 mg -25 mg 8,58	0,0858
Co. 00657182	Teva-Spirotonolactone/HCTZ	Teva Can	100	50 mg -50 mg 22,36	0,2236
<b>TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE</b>					
Co. 00441775 00532657	Apo-Triazide Teva-Triamzide	Apotex Teva Can	100 1000 100 1000	50 mg -25 mg PPB 6,08 60,80 6,08 60,80	0,0608 0,0608 0,0608 0,0608



**48:00**  
**AGENTS DES VOIES RESPIRATOIRES**

- 48:10**      **anti-inflammatoires**  
48:10.24    antagonistes des récepteurs des  
                  leucotriènes  
**48:24**      **agents mucolytiques**



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**48:10.24**

**ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DES 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
02440350	<i>Priva-Montelukast FC</i>	Pharmapar	30	12,69 ➡	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>				
02442353	<i>Jamp-Montelukast</i>	Jamp	30	8,27 ➡	0,2758
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	Apo-Montelukast	Apotex	30	9,25	► 0,3082
02514885	Jamp Montelukast Chewable Tablets	Jamp	30	9,25	► 0,3082
02442361	Jamp-Montelukast	Jamp	30	9,25	► 0,3082
02399873	Mar-Montelukast	Marcan	30	9,25	► 0,3082
02408635	Mint-Montelukast	Mint	30	9,25	► 0,3082
02379848	Montelukast	Pro Doc	30	9,25	► 0,3082
			100	30,82	► 0,3082
02379325	Montelukast	Sanis	100	30,82	► 0,3082
02382466	Montelukast	Sivem	30	9,25	► 0,3082
			100	30,82	► 0,3082
02522128	NAT-Montelukast	Natco	30	9,25	► 0,3082
02354985	pms-Montelukast	Phmscience	30	9,25	► 0,3082
			100	30,82	► 0,3082
02330393	Sandoz Montelukast	Sandoz	100	30,82	► 0,3082
02238216	Singulair	Organon	30	46,36	1,5453
02355515	Teva Montelukast	Teva Can	30	9,25	► 0,3082

Gran.

				4 mg/sachet	PPB
02358611	Sandoz Montelukast	Sandoz	30	35,70	► 1,1900
02247997	Singulair	Organon	30	42,00	1,4000

48:24

#### AGENTS MUCOLYTIQUES

##### ACÉTYLCYSTÉINE

Sol.

				200 mg/mL	PPB
02459906	Solution d'acétylcystéine	Hikma	10 ml	► 7,00	
02243098	Solution d'acétylcystéine	Sandoz	30 ml	► 21,00	
			10 ml	► 7,00	
			30 ml	► 21,00	

**52:00**  
**MÉDICAMENTS O.R.L.O.**

- 52:02** antiallergiques O.R.L.O.
- 52:04** anti-infectieux O.R.L.O.
- 52:04.04 antibiotiques
- 52:08** anti-inflammatoires
- 52:08.08 corticostéroïdes O.R.L.O.
- 52:16** anesthésiques locaux
- 52:24** mydiatiques
- 52:40** anti glaucome
  - 52:40.04 agonistes alpha-adrénergiques
  - 52:40.08 bloquants bêta-adrénergiques
  - 52:40.12 inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
  - 52:40.20 myotiques
  - 52:40.28 analogues de prostaglandines
  - 52:40.92 divers agents anti glaucome
- 52:92** autres médicaments O.R.L.O.



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**52:02**

**ANTIALLERGIQUES O.R.L.O.**

**CROMOGLICATE SODIQUE**

Sol. Oph.

02009277	<i>Cromolyn</i>	Pendopharm	5 ml 10 ml	2 % 4,75 9,50	
----------	-----------------	------------	---------------	---------------------	--

**LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE) **

Sol. Oph.

00893560	<i>Alomide</i>	Novartis	10 ml	0,1 % 10,73	
----------	----------------	----------	-------	----------------	--

**52:04.04**

**ANTIBIOTIQUES**

**CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) **

Pom. Oph.

02200864	<i>Ciloxan</i>	Novartis	3,5 g	0,3 % 10,15	
----------	----------------	----------	-------	----------------	--

Sol. Oph.

01945270	<i>Ciloxan</i>	Novartis	5 ml	0,3 % <b>PPB</b>	
02387131	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	5 ml	► 10,15 7,05	

**ÉRYTHRAMYCINE **

Pom. Oph.

02326663	<i>Erythromycin</i>	Stéri-Med	3,5 g	0,5 % <b>PPB</b>	
02141574	<i>Erythromycine</i>	Stulln	3,5 g	► 15,40 14,70	

**FUSIDIQUE (ACIDE) **

Sol. Oph.

02243862	<i>Fucithalmic</i>	Amdipharm	5 g	1 % 10,00	
----------	--------------------	-----------	-----	--------------	--

**OFLOXACINE **

Sol. Oph.

02143291	<i>Ocuflax</i>	AbbVie	5 ml	0,3 % 12,23	
----------	----------------	--------	------	----------------	--

**TOBRAMYCINE **

Pom. Oph.

00614254	<i>Tobrex</i>	Novartis	3,5 g	0,3 % 8,65	
----------	---------------	----------	-------	---------------	--

Sol. Oph.

02241755	<i>Sandoz Tobramycin</i>	Sandoz	5 ml	0,3 % <b>PPB</b>	
00513962	<i>Tobrex 0.3%</i>	Novartis	5 ml	► 6,81 8,72	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**52:08.08**

**CORTICOSTÉROÏDES O.R.L.O.  
BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) **

Aéro ou Vap Nasal

02238796	<i>Apo-Béclométhasone AQ</i>	Apotex	0,05 mg/dose	<b>PPB</b>	
02172712	<i>Mylan-Beclo AQ</i>	Mylan	200 dose(s)  12,26		12,26

**BUDÉSONIDE **

Vap. nasal

02241003	<i>Mylan-Budesonide AQ</i>	Mylan	64 mcg/dose	<b>PPB</b>	
02231923	<i>Rhinocort Aqua</i>	McNeil Co	120 dose(s)  10,12		10,59

Vap. nasal

02230648	<i>Mylan-Budesonide AQ</i>	Mylan	100 mcg/dose		
			165 dose(s)		12,74

**CICLÉSONIDE **

Vap. nasal

02303671	<i>Omnaris</i>	Covis	50 mcg/dose		
			120 dose(s)		21,95

**DEXAMÉTHASONE **

Pom. Oph.

00042579	<i>Maxidex</i>	Novartis	3,5 g	0,1 %	
				8,74	

Susp.Oph. ou Sol. Oph.

02023865	<i>Dexamethasone</i>	Stulln	5 ml	0,1 % <b>PPB</b>	
00042560	<i>Maxidex</i>	Novartis	5 ml	 8,06	

**FLUOROMÉTHOLONE **

Susp. Oph.

00247855	<i>FML</i>	AbbVie	5 ml	0,1 % <b>PPB</b>	
00432814	<i>Sandoz Fluorometholone</i>	Sandoz	10 ml  30,58		
			5 ml  8,09		

**FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE) **

Susp. Oph.

00756784	<i>Flarex</i>	Novartis	5 ml	0,1 %	
				9,10	

**FLUTICASONE (FUROATE DE) **

Vap. nasal

02298589	<i>Avamys</i>	GSK	120 dose(s)	27,5 mcg/dose	
				20,73	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**FLUTICASONE (PROPIONATE DE) **

Vap. nasal

02294745	Apo-Fluticasone	Apotex	50 mcg/dose	<b>PPB</b>	
02296071	ratio-Fluticasone	Ratiopharm	120 dose(s)	►	21,97
02453738	Teva-Fluticasone	Teva Can	120 dose(s)	►	21,97

**MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE) **

Vap. nasal

02403587	Apo-Mometasone	Apotex	50 mcg/dose	<b>PPB</b>	
02519127	Mometasone	Sanis	140 dose(s)	►	10,39
02238465	Nasonex	Organon	140 dose(s)	►	10,39
02449811	Sandoz Mometasone	Sandoz	140 dose(s)	►	10,39
02475863	Teva-Mométasone	Teva Can	140 dose(s)	►	10,39

**PREDNISOLONE (ACÉTATE DE) **

Susp. Oph.

00700401	ratio-Prednisolone	Teva Can	1 %	<b>PPB</b>	
01916203	Sandoz Prednisolone	Sandoz	5 ml	►	8,50
			10 ml	►	17,00
			5 ml	►	8,50
			10 ml	►	17,00

**TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)**

Vap Nasal

*	02417510	Nasacort Allergie 24H	Sanofi San	55 mcg/dose	
			120 dose(s)		15,60

**TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) **

Vap. nasal

02437635	Apo-Triamcinolone AQ	Apotex	55 mcg/dose	<b>PPB</b>	
02213834	Nasacort AQ	Sanofi San	120 dose(s)	►	18,00

**52:16**
**ANESTHÉSIQUES LOCAUX**
**LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)**

Gel Top. (Oral)

01968823	Lidodan Visqueuse	Odan	2 %		
			50 ml	►	12,87
			100 ml	►	25,73

**52:24**
**MYDRIATIQUES**
**ATROPINE (SULFATE D') **

Sol. Oph.

02023695	Atropine	Stulln	1 %	<b>PPB</b>	
00035017	Isopto Atropine	Alcon	15 ml	►	8,24
			5 ml	►	3,14

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE) **

Sol. Oph.

00252506	<i>Cyclogyl</i>	Alcon	15 ml	1 %	12,66
----------	-----------------	-------	-------	-----	-------

**PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Sol. Oph.

00465763	<i>Mydfrin 2.5%</i>	Alcon	5 ml	2,5 %	5,08
----------	---------------------	-------	------	-------	------

**TROPICAMIDE **

Sol. Oph.

00000981	<i>Mydriacyl</i>	Alcon	15 ml	0,5 %	13,13
----------	------------------	-------	-------	-------	-------

Sol. Oph.

00001007	<i>Mydriacyl</i>	Alcon	15 ml	1 % <b>PPB</b>	16,90
00622885	<i>Odan-Tropicamide</i>	Odan	10 ml	►	11,27

**52:40.04**

**AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES**

**BRIMONIDINE (TARTRATE DE) **

Sol. Oph.

02248151	<i>Alphagan P</i>	AbbVie	5 ml	0,15 % <b>PPB</b>	11,55
02301334	<i>Brimonidine P</i>	AA Pharma	10 ml	►	23,10

Sol. Oph.

02236876	<i>Alphagan</i>	AbbVie	5 ml	0,2 % <b>PPB</b>	16,50
02449226	<i>JAMP Brimonidine</i>	Jamp	10 ml	►	33,00
02507811	<i>Med-Brimonidine</i>	GMP	5 ml	►	5,78
02515350	<i>Riva-Brimonidine</i>	Riva	10 ml	►	11,55
02305429	<i>Sandoz Brimonidine</i>	Sandoz	5 ml	►	5,78
02515377	<i>Solution ophthalmique de tartrate de brimonidine</i>	Hikma	10 ml	►	11,55
			5 ml	►	5,78

**BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02375311	<i>Apo-Brimonidine-Timop</i>	Apotex	10 ml	0,2 % - 0,5 % <b>PPB</b>	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.

02435411	Simbrinza	Novartis	10 ml	1 % - 0,2 %	44,39
----------	-----------	----------	-------	-------------	-------

**52:40.08**

**BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES**

**BETAXOLOL (CHLORHYDRATE DE) **

Susp. Oph.

01908448	Betoptic S	Novartis	5 ml 10 ml	0,25 %	11,50 23,00
----------	------------	----------	---------------	--------	----------------

**BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02375311	Apo-Brimonidine-Timop	Apotex	10 ml	0,2 % - 0,5 % <b>PPB</b>	23,29
02248347	Combigan	AbbVie	10 ml		40,12
02531704	JAMP Brimonidine/Timolol	Jamp	10 ml		23,29

**DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02299615	Apo-Dorzo-Timop	Apotex	10 ml	2 % -0,5 % <b>PPB</b>	19,89
02489635	Collyre de dorzolamide et timolol	Hikma	10 ml		19,89
02240113	Cosopt	Elvium	10 ml		54,84
02522020	Dorzolamide - Timolol	Jamp	10 ml		19,89
02457539	Jamp Dorzolamide-Timolol	Jamp	10 ml		19,89
02537796	M-Dorzolamide-Timolol	Mantra Ph.	10 ml		19,89
02437686	Med-Dorzolamide-Timolol	GMP	10 ml		19,89
02442426	pms-Dorzolamide-Timolol	Phmscience	10 ml		19,89
02441659	Riva-Dorzolamide/Timolol	Riva	10 ml		19,89
02344351	Sandoz Dorzolamide/ Timolol	Sandoz	10 ml		19,89

**LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02436256	ACT Latanoprost/Timolol	ActavisPhm	2,5 ml	0,005 % - 0,5 % <b>PPB</b>	11,07
02373068	GD-Latanoprost/Timolol	Upjohn	2,5 ml		11,07
02453770	Jamp-Latanoprost/Timolol	Jamp	2,5 ml		11,07
02454505	Med-Latanoprost-Timolol	GMP	2,5 ml		11,07
02514516	M-Latanoprost-Timolol	Mantra Ph.	2,5 ml		11,07
02489368	Solution ophthalmique de latanoprost et de timolol	Hikma	2,5 ml		11,07
02246619	Xalacom	BGP Pharma	2,5 ml		30,99

**TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02166712	Sandoz Timolol	Sandoz	10 ml	0,25 %	9,68
----------	----------------	--------	-------	--------	------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Oph.

00755834	<i>Apo-Timop</i>	Apotex	10 ml	0,5 % PPB	12,14
02447800	<i>Jamp-Timolol</i>	Jamp	5 ml	►	6,07
02166720	<i>Sandoz Timolol</i>	Sandoz	5 ml	►	6,07
00451207	<i>Timoptic</i>	Elvium	10 ml	►	12,14
			10 ml		33,39

Sol. Oph. Gel

02242275	<i>Timolol Maleate-EX</i>	Sandoz	5 ml	0,25 %	12,23
----------	---------------------------	--------	------	--------	-------

Sol. Oph. Gel

02242276	<i>Timolol Maleate-EX</i>	Sandoz	5 ml	0,5 % PPB	13,45
02171899	<i>Timoptic-XE</i>	Elvium	5 ml		21,54

**TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) ■**

Sol. Oph.

02415305	<i>Apo-Travoprost-Timop</i>	Apotex	5 ml	0,004 % - 0,5 % PPB	44,21
02278251	<i>DuoTrav PQ</i>	Novartis	5 ml		56,70

**52:40.12****INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE****ACÉTAZOLAMIDE ■**

Co.

00545015	<i>Acétazolamide 250 mg</i>	AA Pharma	100	250 mg	13,26	0,1326
----------	-----------------------------	-----------	-----	--------	-------	--------

**BRINZOLAMIDE ■**

Susp. Oph.

02238873	<i>Azopt</i>	Novartis	5 ml	1 %	16,42
----------	--------------	----------	------	-----	-------

**DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE) ■**

Sol. Oph.

02522373	<i>Dorzolamide</i>	Jamp	5 ml	2 % PPB	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
02216205	<i>Trusopt</i>	Elvium	5 ml		17,94

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
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**

**MYOTIQUES**

**PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) **

Sol. Oph.

2 %

00000868	<i>Ispto Carpine</i>	Novartis	15 ml	3,70
----------	----------------------	----------	-------	------

**52:40.28**

**ANALOGUES DE PROSTAGLANDINES**

**BIMATOPROST **

Sol. Oph.

0,01 %

02324997	<i>Lumigan RC</i>	AbbVie	5 ml 7,5 ml	54,05 81,08
----------	-------------------	--------	----------------	----------------

**LATANOPROST **

Sol. Oph.

0,005 % **PPB**

02534835	<i>AG-Latanoprost</i>	Angita	2,5 ml	►	9,08
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
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02436256	ACT Latanoprost/Timolol	ActavisPhm	2,5 ml	►	11,07
02373068	GD-Latanoprost/Timolol	Upjohn	2,5 ml	►	11,07
02453770	Jamp-Latanoprost/Timolol	Jamp	2,5 ml	►	11,07
02454505	Med-Latanoprost-Timolol	GMP	2,5 ml	►	11,07
02514516	M-Latanoprost-Timolol	Mantra Ph.	2,5 ml	►	11,07
02489368	Solution ophthalmique de latanoprost et de timolol	Hikma	2,5 ml	►	11,07
02246619	Xalacom	BGP Pharma	2,5 ml		30,99

**LATANOPROSTÈNE BUNOD **

Sol. Oph.

02484218	Vyzulta	Bausch H.	5 ml		26,25
----------	---------	-----------	------	--	-------

**TRAVOPROST **

Sol. Oph.

02457997	Izba	Novartis	5 ml		19,70
----------	------	----------	------	--	-------

Sol. Oph.

02415739	Apo-Travoprost Z	Apotex	5 ml	►	19,70
02413167	Sandoz Travoprost	Sandoz	5 ml	►	19,70
02318008	Travatan Z	Novartis	5 ml		55,40

**TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02415305	Apo-Travoprost-Timop	Apotex	5 ml	►	44,21
02278251	DuoTrav PQ	Novartis	5 ml		56,70

**52:40.92**

**DIVERS AGENTS ANTI GLAUCOME**

**DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) **

Sol. Oph.

02258692	Cosopt sans préservateur	Elvium	60		28,41
					0,4735

**52:92**

**AUTRES MÉDICAMENTS O.R.L.O.**

**ANÉTHOLE TRITHIONE**

Co.

02240344	Sialor	Phmscience	60		54,00
					0,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D') □**

Sol. Oph.

02076306	<i>Iopidine</i>	Novartis	5 ml	0,5 %	22,26
----------	-----------------	----------	------	-------	-------

**BRINZOLAMIDE/TIMOLOL (MALÉATE DE) □**

Susp. Oph.

02331624	<i>Azarga</i>	Novartis	5 ml	1 % -0,5 %	20,40
----------	---------------	----------	------	------------	-------



**56:00**  
**MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX**

- 56:08** antidiarrhéiques
- 56:14** cholélitholytiques
- 56:16** digestifs
- 56:22** anti-émétiques
- 56:22.08 antihistaminiques
- 56:22.92 autres anti-émétiques
- 56:28** antiulcéreux et suppresseurs de l'acide
  - 56:28.12 antagonistes des récepteurs H<sub>2</sub> de l'histamine
  - 56:28.28 prostaglandines
  - 56:28.32 cytoprotecteurs gastro-duodénaux
  - 56:28.36 inhibiteurs de la pompe à protons
- 56:32** prokinétiques
- 56:36** anti-inflammatoires
- gastro-intestinaux**
- 56:92** divers médicaments  
gastro-intestinaux



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**56:08**

**ANTIDIARRHÉIQUES**

**DIPHÉNOXYLATE (CHLORHYDRATE DE/ ATROPINE (SULFATE D') ®**

Co.			2,5 mg -0,025 mg		
00036323	<i>Lomotil</i>	Pfizer	250	110,33	0,4413

**LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)**

Co.			2 mg	<b>PPB</b>	
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**

**CHOLÉLITHOLYTIQUES**

**URSODIOL ®**

Co.			250 mg	<b>PPB</b>	
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	<b>PPB</b>	
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	9,75	0,0975

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 02239140	<i>Jamp-Enzyme Lactase Extra-puissant</i>	Jamp	80	4 500 U 9,75	0,1219
Co. 80070358	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	50	9000 U 12,19	0,2438
Co. Croq. 80018706	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	80	4 500 U 9,75	0,1219
<b>PANCRÉLIPASE (LIPASE-AMYLASE-PROTÉASE) ■</b>					
Caps. 00263818	<i>Cotazym</i>	Organon	100	8 000 U -30 000 U 18,66	0,1866
Caps. Ent. 00789445	<i>Pancrease MT 4</i>	Vivus	100	4 200 U -17 500 U -10 000 U 37,96	0,3796
Caps. Ent. 00502790	<i>Cotazym ECS 8</i>	Organon	500	8 000 U -30 000 U -30 000 U 168,40	0,3368
Caps. Ent. 02200104	<i>Creon 10 Minimicrosphères</i>	BGP Pharma	100	10 000 U - 11 200 U - 730 U 27,23	0,2723
Caps. Ent. 00789437	<i>Pancrease MT 10</i>	Vivus	100	10 500 U -43 750 U -25 000 U 94,93	0,9493
Caps. Ent. 00789429	<i>Pancrease MT 16</i>	Vivus	100	16 800 U -70 000 U -40 000 U 151,88	1,5188
Caps. Ent. 00821373	<i>Cotazym ECS 20</i>	Organon	100	20 000 U -55 000 U -55 000 U 88,30	0,8830
Caps. Ent. 01985205	<i>Creon 25 Minimicrosphères</i>	BGP Pharma	100	25 000 U - 25 500 U - 1600 U 85,07	0,8507
Caps. Ent. 02494639	<i>Creon Minimicrosphères 35</i>	BGP Pharma	100	35 000 U - 35 700 U - 2 240 U 95,31	0,9531

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 02230019	<i>Viokace (10 440 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	10 440 U -56 400 U -57 100 U 100	17,03	0,1703
Co. 02241933	<i>Viokace (20 880 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	20 880 U -113 400 U -112 500 U 100	34,06	0,3406
Gran. Ent. 02445158	<i>Creon Minimicrosphères MICRO</i>	BGP Pharma	5 000 U -5 100 U -320 U/100 mg 1	34,06	

#### 56:22.08

#### ANTIHISTAMINIQUES

#### DIMENHYDRINATE

Sol. Inj. I.M.

00392537	<i>Dimenhydrinate</i>	Sandoz	50 mg/mL 1 ml 5 ml	1,08 4,30	
----------	-----------------------	--------	--------------------------	--------------	--

#### PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)

Co. 00886440	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	5 mg 100	16,59	0,1659
-----------------	----------------------	-----------	-------------	-------	--------

Co.

00886432	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	10 mg 100	20,25	0,2025
----------	----------------------	-----------	--------------	-------	--------

#### 56:22.92

#### AUTRES ANTI-ÉMÉTIQUES

#### DOXYLAMINE (SUCCINATE DE)/ PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.

02413248	<i>Apo-Doxylamine/B6</i>	Apotex	10 mg -10 mg 100 500	PPB 64,02 320,10	0,6402 0,6402
00609129	<i>Diclectin</i>	Duchesnay	100 300	127,20 381,61	1,2720 1,2720
02406187	<i>pms-Doxylamine-Pyridoxine</i>	Phmscience	100 500	64,02 320,10	0,6402 0,6402

#### NABILONE

Caps.

02256193	<i>Cesamet</i>	Bausch H.	0,5 mg 50	PPB 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.

00548375	Cesamet	Bausch H.	50	310,25	6,2050
02380919	pms-Nabilone	Phmscience	100	155,13	1,5513
02384892	Teva Nabilone	Teva Can	50	77,57	1,5513

**56:28.12****ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS H2 DE L'HISTAMINE****FAMOTIDINE** 

Co.

02509970	AG-Famotidine	Angita	100	26,57	0,2657
02507749	Jamp Famotidine	Jamp	100	26,57	0,2657
02538628	Mint-Famotidine	Mint	100	26,57	0,2657
02022133	Teva-Famotidine	Teva Can	100	26,57	0,2657
			500	132,85	0,2657

Co.

02509989	AG-Famotidine	Angita	100	48,33	0,4833
02507757	Jamp Famotidine	Jamp	100	48,33	0,4833
02538636	Mint-Famotidine	Mint	100	48,33	0,4833
02022141	Teva-Famotidine	Teva Can	100	48,33	0,4833

**NIZATIDINE** 

Caps.

00778338	Axid	Pendopharm	100	83,92	0,8392
----------	------	------------	-----	-------	--------

**RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

02484501	AG-Ranitidine	Angita	100	11,97	0,1197
00733059	Apo-Ranitidine	Apotex	500	59,85	0,1197
02463717	Jamp-Ranitidine	Jamp	100	11,97	0,1197
			500	59,85	0,1197
02443708	Mar-Ranitidine	Marcan	500	59,85	0,1197
02526379	Mint-Ranitidine	Mint	60	7,18	0,1197
02473534	M-Ranitidine	Mantra Ph.	500	59,85	0,1197
02242453	pms-Ranitidine	Phmscience	100	11,97	0,1197
			500	59,85	0,1197
02336480	Ran-Ranitidine	Ranbaxy	100	11,97	0,1197
			500	59,85	0,1197
02243229	Sandoz Ranitidine	Sandoz	100	11,97	0,1197
			500	59,85	0,1197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
00733067	Apo-Ranitidine	Apotex	100	22,53	0,2253
02463725	Jamp-Ranitidine	Jamp	100	22,53	0,2253
02443716	Mar-Ranitidine	Marcan	100	22,53	0,2253
02526387	Mint-Ranitidine	Mint	30	6,76	0,2253
02473542	M-Ranitidine	Mantra Ph.	100	22,53	0,2253
02242454	pms-Ranitidine	Phmscience	30	6,76	0,2253
			100	22,53	0,2253
02336502	Ran-Ranitidine	Ranbaxy	100	22,53	0,2253
			500	112,65	0,2253
02243230	Sandoz Ranitidine	Sandoz	100	22,53	0,2253
Sol. Orale					
02280833	Apo-Ranitidine	Apotex	300 ml	44,40	0,1480
<b>56:28.28</b>					
<b>PROSTAGLANDINES</b>					
<b>DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL</b>					
Co.					
01917056	Arthrotec	Pfizer	50 mg - 200 mcg	PPB	
02413469	pms-Diclofenac-Misoprostol	Phmscience	250	149,75	0,5990
			250	75,68	0,3027
Co.					
02229837	Arthrotec 75	Pfizer	75 mg - 200 mcg	PPB	
02413477	pms-Diclofenac-Misoprostol	Phmscience	250	203,81	0,8152
			250	103,00	0,4120
<b>MISOPROSTOL</b>					
Co.					
02244022	Misoprostol	AA Pharma	100	100 mcg	0,2636
				26,36	
Co.					
02244023	Misoprostol	AA Pharma	100	200 mcg	0,4389
				43,89	
<b>56:28.32</b>					
<b>CYTOPROTECTEURS GASTRO-DUODÉNAUX</b>					
<b>SUCRALFATE</b>					
Co.					
02100622	Sulcrate	AbbVie	1 g	PPB	
02045702	Teva-Sucralfate	Teva Can	100	54,41	0,5441
			100	13,09	0,1309
			500	65,44	0,1309
Susp. Orale					
02103567	Sulcrate Plus	AbbVie	500 ml	1 g/5 mL	0,0988
				49,42	

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
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
02460939	<i>Sandoz Esomeprazole</i>	Sandoz	100	55,00	0,3628
			500	275,00	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	0,3628
			100	36,28	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.					
02293838	<i>Apo-Lansoprazole</i>	Apotex	100	36,27	► 0,3627
			500	181,33	► 0,3627
02366282	<i>Lansoprazole</i>	Pro Doc	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
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	► 0,3627
			500	181,33	► 0,3627
30 mg PPB					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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 ➜	0,3628
			100	228,70 ➜	0,3628
02439549	<i>NAT-Omeprazole DR</i>	Natco	100	22,87 ➡	0,2287
			500	114,35 ➡	0,2287
02295415	<i>Novo-Omeprazole</i>	Teva Can	100	22,87 ➡	0,2287
			500	114,35 ➡	0,2287
02501880	<i>NRA-Omeprazole</i>	Nora	100	22,87 ➡	0,2287
02490692	<i>Omeprazole</i>	Altamed	100	22,87 ➡	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
02320851	<i>pms-Omeprazole (caps.)</i>	Phmscience	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 (MAGNÉSIEN 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
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
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
02425378	<i>Priva-Pantoprazole</i>	Nora	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	Jamp Rabeprazole	Jamp	100	6,69	0,0669
02243796	Pariet	Janss. Inc	100	65,00	0,3628
02385449	Rabeprazole	Sivem	100	6,69	0,0669
02356511	Rabeprazole EC	Sanis	100	6,69	0,0669
02314177	Sandoz Rabeprazole	Sandoz	100	6,69	0,0669
02298074	Taro-Rabeprazole	Sun Pharma	100	6,69	0,0669
02296632	Teva-Rabeprazole Sodium	Teva Can	100	6,69	0,0669

Co. Ent.

				20 mg	PPB
02415291	Jamp Rabeprazole	Jamp	100	13,38	0,1338
			500	66,90	0,1338
02243797	Pariet	Janss. Inc	100	130,00	0,3628
02385457	Rabeprazole	Sivem	30	4,01	0,1338
			100	13,38	0,1338
02356538	Rabeprazole EC	Sanis	100	13,38	0,1338
02314185	Sandoz Rabeprazole	Sandoz	30	4,01	0,1338
			100	13,38	0,1338
02298082	Taro-Rabeprazole	Sun Pharma	100	13,38	0,1338
02296640	Teva-Rabeprazole EC	Teva Can	30	4,01	0,1338
			100	13,38	0,1338

56:32

#### PROCINÉTIQUES

##### DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)

Co.

				10 mg	PPB
02103613	Apo-Domperidone	Apotex	500	21,40	0,0428
02445034	Bio-Dompéridone	Biomed	500	21,40	0,0428
02350440	Domperidone	Sanis	500	21,40	0,0428
02238341	Domperidone	Sivem	500	21,40	0,0428
02236857	Domperidone-10	Pro Doc	500	21,40	0,0428
02369206	Jamp-Domperidone	Jamp	500	21,40	0,0428
02403870	Mar-Domperidone	Marcan	500	21,40	0,0428
02445328	Priva-Domperidone	Pharmapar	500	21,40	0,0428
02462834	PRZ-Domperidone	Pharmaris	500	21,40	0,0428
02268078	Taro- Domperidone	Sun Pharma	500	21,40	0,0428
01912070	Teva-Domperidone	Teva Can	500	21,40	0,0428

##### MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				5 mg	PPB
02517795	Mar-Metoclopramide	Marcan	100	5,14	0,0514
02230431	PMS-Metoclopramide tablets	Phmscience	100	5,14	0,0514

- 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
<b>Sol. Inj.</b>					
02537397	<i>Chlorhydrate de métoclopramide injection</i>	Jamp	2 ml 30 ml	5 mg/mL PPB 4,75 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	
<b>Sol. Orale</b>					
02230433	<i>PMS-Metoclopramide oral solution</i>	Phmscience	500 ml	1 mg/mL 31,25	0,0625
<b>56:36</b>					
<b>ANTI-INFLAMMATOIRES GASTRO-INTESTINAUX</b>					
<b>5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE) </b>					
Co. Ent.					
02399466	<i>Pentasa</i>	Ferring	60	1 g 66,83	1,1138
Co. Ent.					
02171929	<i>Teva-5-ASA</i>	Teva Can	100 500	400 mg 31,11 155,55	0,3111 0,3111
Co. Ent.					
02524481	<i>Mezera</i>	Avir	100	500 mg 51,91	0,5191
02099683	<i>Pentasa</i>	Ferring	100	55,69	0,5569
02112787	<i>Salofalk</i>	Aptalis	150 500	81,96 273,23	0,5464 0,5465
Co. L.A.					
02297558	<i>Mezavant</i>	Takeda	120	1,2 g 186,77	1,5564
Co. L.A.					
02465752	<i>Octasa</i>	Pendopharm	180	800 mg 186,89	1,0383
Co. L.A.					
02529610	<i>Octasa</i>	Pendopharm	60	1600 mg 124,59	2,0765
Supp.					
02474018	<i>Mezera</i>	Avir	30	1 g PPB 43,20	1,4400
02153564	<i>Pentasa</i>	Ferring	28	44,80	1,6000
02242146	<i>Salofalk</i>	Aptalis	30	48,00	1,6000
Supp.					
02112760	<i>Salofalk</i>	Aptalis	30	500 mg 34,19	1,1397

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Susp. Rect.				2 g	
02112795	<i>Salofalk (58,2 mL)</i>	Aptalis	7	25,76	3,6800

Susp. Rect.				4 g	<b>PPB</b>	
02153556	<i>Pentasa (100 mL)</i>	Ferring	1	4,46		
02112809	<i>Salofalk (58,2 mL)</i>	Aptalis	7	43,68		6,2400

**OLSALAZINE SODIQUE □**

Caps.

02063808	<i>Dipentum</i>	Search Phm	100	250 mg		
				49,93		0,4993

**56:92**

**DIVERS MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX**

**LANSOPRAZOLE/ AMOXICILLINE/ CLARITHROMYCINE □**

Trousse (orale solide)

02470780	<i>AA-Lansoprazole-Amoxicillin-Clarithromycin Hp-PAC</i>	AA Pharma	7	30 mg-2 x 500 mg-500 mg	<b>PPB</b>	
02238525		BGP Pharma	7	67,91	⇒	9,7014



**64:00**  
**ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS**



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**64:00**

**ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS**  
**DÉFÉROXAMINE (MÉSYLATE DE) **

Pd. Inj.

01981242	<i>Desferal</i>	Novartis	1	500 mg	13,97
----------	-----------------	----------	---	--------	-------

**PÉNICILLAMINE **

Caps.

00016055	<i>Cuprimine</i>	Bausch H.	100	250 mg	85,00	0,8500
----------	------------------	-----------	-----	--------	-------	--------



## **68:00**

### **HORMONES ET SUBSTITUTS**

<b>68:04</b>	<b>corticostéroïdes</b>
<b>68:08</b>	<b>androgènes</b>
<b>68:12</b>	<b>anovulants</b>
<b>68:16</b>	<b>estrogènes et antiestrogènes</b>
68:16.04	estrogènes
68:16.08	antiestrogènes
68:16.12	agonistes et antagonistes des estrogènes
<b>68:18</b>	<b>gonadotrophines</b>
<b>68:20</b>	<b>antidiabétiques</b>
68:20.02	inhibiteurs des alpha-glucosidases
68:20.04	biguanides
68:20.08	insulines
68:20.16	analogues du meglitinide
68:20.20	sulfonylurées
<b>68:22</b>	<b>anti-hypoglycémiants</b>
68:22.12	glycogénolytiques
<b>68:24</b>	<b>parathyroïdiens</b>
<b>68:28</b>	<b>hormones hypophysaires</b>
<b>68:32</b>	<b>progestatifs</b>
<b>68:36</b>	<b>thyroïdiens et antithyroïdiens</b>
68:36.04	thyroïdiens
68:36.08	antithyroïdiens



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**68:04**

**CORTICOSTÉROÏDES**

**BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) **

Aéro. oral

50 mcg/dose

02242029	Qvar	Bausch H.	200 dose(s)	29,28
----------	------	-----------	-------------	-------

Aéro. oral

100 mcg/dose

02242030	Qvar	Bausch H.	200 dose(s)	58,56
----------	------	-----------	-------------	-------

**BUDÉSONIDE **

Pd. pour Inh.

100 mcg/dose

00852074	Pulmicort Turbuhaler	AZC	200 dose(s)	30,90
----------	----------------------	-----	-------------	-------

Pd. pour Inh.

200 mcg/dose

00851752	Pulmicort Turbuhaler	AZC	200 dose(s)	63,16
----------	----------------------	-----	-------------	-------

Pd. pour Inh.

400 mcg/dose

00851760	Pulmicort Turbuhaler	AZC	200 dose(s)	93,00
----------	----------------------	-----	-------------	-------

Sol. pour Inh.

0,125 mg/mL (2 mL) **PPB**

02229099	Pulmicort nebuamp	AZC	20	8,57	0,4285
02494264	Taro-Budesonide	Taro	20	4,57	0,2285
02465949	Teva-Budesonide	Teva Can	20	4,57	0,2285

Sol. pour Inh.

0,25 mg/mL (2 mL) **PPB**

01978918	Pulmicort nebuamp	AZC	20	17,14	0,8570
02494272	Taro-Budesonide	Taro	20	12,86	0,6430

Sol. pour Inh.

0,5 mg/mL (2mL) **PPB**

01978926	Pulmicort nebuamp	AZC	20	34,28	1,7140
02494280	Taro-Budesonide	Taro	20	18,24	0,9120
02465957	Teva-Budesonide	Teva Can	20	18,24	0,9120

**CICLÉSONIDE **

Aéro. oral

100 mcg/dose

02285606	Alvesco	Covis	120 dose(s)	44,15
----------	---------	-------	-------------	-------

Aéro. oral

200 mcg/dose

02285614	Alvesco	Covis	120 dose(s)	72,81
----------	---------	-------	-------------	-------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CORTISONE (ACÉTATE DE) **

Co.

00280437	Cortisone Acétate-ICN	Bausch H.	100	25 mg 30,66	0,3066
----------	-----------------------	-----------	-----	----------------	--------

**DEXAMÉTHASONE **

Co.

02261081	Apo-Dexaméthasone	Apotex	100	0,5 mg PPB 15,64	0,1564
01964976	pms-Dexaméthasone	Phmscience	100	15,64	0,1564

Co.

02279363	pms-Dexaméthasone	Phmscience	100	2 mg 42,36	0,4236
----------	-------------------	------------	-----	---------------	--------

Co.

02250055	Apo-Dexaméthasone	Apotex	100	4 mg PPB 30,46	0,3046
01964070	pms-Dexaméthasone	Phmscience	100	30,46	0,3046

Elix.

02528584	Odan-Dexamethasone Elixir	Odan	100 ml	0,5 mg/5 mL PPB 49,37	0,4937
01946897	pms-Dexaméthasone	Phmscience	100 ml	49,37	0,4937

**DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) **

Sol. Inj.

00664227	Dexamethasone	Sandoz	5 ml	4 mg/mL PPB 8,03	
01977547	Dexamethasone	Sterimax	5 ml	8,03	
02204266	Dexamethasone Omega	Oméga	5 ml	8,03	

Sol. Inj.

00874582	Dexamethasone	Sandoz	1 ml	10 mg/mL PPB 4,23	
02204274	Dexamethasone Omega	Oméga	1 ml	4,23	
02387743	Dexamethasone Omega Unidose	Oméga	10 ml	12,83	
			1 ml	4,23	

**FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE) **

Co.

02086026	Florinef	Paladin	100	0,1 mg 23,96	0,2396
----------	----------	---------	-----	-----------------	--------

**FLUTICASONE (FUROATE DE) **

Pd. pour Inh.

02446561	Arnuity Ellipta	GSK	30 dose(s)	100 mcg 34,70	
----------	-----------------	-----	------------	------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. pour Inh. 02446588	<i>Arnuity Ellipta</i>	GSK	30 dose(s)	200 mcg 69,40	
<b>FLUTICASONE (PROPIONATE DE) □</b> Aéro. oral 02244291 02503115	<i>Flovent HFA</i> <i>pms-Fluticasone HFA</i>	GSK Phmscience	50 mcg/dose 120 dose(s) 120 dose(s) ►	PPB 22,61 21,32	
Aéro. oral 02526557 02244292 02503123	<i>Apo-Fluticasone HFA</i> <i>Flovent HFA</i> <i>pms-Fluticasone HFA</i>	Apotex GSK Phmscience	125 mcg/dose 120 dose(s) ► 120 dose(s) 120 dose(s) ►	PPB 23,41 38,05 23,41	
Aéro. oral 02510987 02244293 02503131	<i>Apo-Fluticasone HFA</i> <i>Flovent HFA</i> <i>pms-Fluticasone HFA</i>	Apotex GSK Phmscience	250 mcg/dose 120 dose(s) ► 120 dose(s) 120 dose(s) ►	PPB 45,02 76,11 45,02	
Pd. pour Inh. 02467895	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	60 dose(s)	55 mcg/dose 16,96	
Pd. pour Inh. 02237245	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	100 mcg/coque 22,61	
Pd. pour Inh. 02467909	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	60 dose(s)	113 mcg/dose 30,96	
Pd. pour Inh. 02467917	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	60 dose(s)	232 mcg/dose 48,15	
Pd. pour Inh. 02237246	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	250 mcg/coque 38,05	
Pd. pour Inh. 02237247	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	500 mcg/coque 64,20	
<b>HEXACÉTONIDE DE TRIAMCINOLONE □</b> Susp. Inj. 02470632	<i>Trispan</i>	Medexus	10	20 mg/mL (1 mL) 180,00	18,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### HYDROCORTISONE

Co.

02524465 00030910	Auro-Hydrocortisone <i>Cortef</i>	AuroPharma Pfizer	100 100	10 mg <b>PPB</b> 16,39 21,85	0,1639 0,2185
----------------------	--------------------------------------	----------------------	------------	------------------------------------	------------------

Co.

02524473 00030929	Auro-Hydrocortisone <i>Cortef</i>	AuroPharma Pfizer	100 100	20 mg <b>PPB</b> 29,58 39,44	0,2958 0,3944
----------------------	--------------------------------------	----------------------	------------	------------------------------------	------------------

#### HYDROCORTISONE (SUCCINATE SODIQUE D')

Pd. Inj.

00030635	Solu-Cortef	Pfizer	1	1 g	28,98
----------	-------------	--------	---	-----	-------

Pd. Inj.

00030600	Solu-Cortef	Pfizer	1	100 mg	4,45
----------	-------------	--------	---	--------	------

Pd. Inj.

00030619	Solu-Cortef	Pfizer	1	250 mg	7,53
----------	-------------	--------	---	--------	------

Pd. Inj.

00030627	Solu-Cortef	Pfizer	1	500 mg	15,56
----------	-------------	--------	---	--------	-------

#### MÉTHYLPREDNISOLONE

Co.

00030988	Medrol	Pfizer	100	4 mg	32,93	0,3293
----------	--------	--------	-----	------	-------	--------

Co.

00036129	Medrol	Pfizer	100	16 mg	95,03	0,9503
----------	--------	--------	-----	-------	-------	--------

#### MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)

Susp. Inj.

01934325	Depo-Medrol	Pfizer	5 ml	20 mg/mL	10,76
----------	-------------	--------	------	----------	-------

Susp. Inj.

01934333	Depo-Medrol	Pfizer	2 ml	40 mg/mL	9,11
00030759	Depo-Medrol (sans préservatif)	Pfizer	5 ml		16,45
			1 ml		6,36

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. 00030767	Depo-Medrol	Pfizer	1 ml	80 mg/mL 9,11	
<b>MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE) </b>					
Pd. Inj. 02241229 02367971	Méthylprednisolone Solu-Medrol	Novopharm Pfizer	1 1	1 g PPB 31,00 66,57	
<b>Pd. Inj. 02231893 02367947</b>					
	Méthylprednisolone Solu-Medrol	Novopharm Pfizer	1 1	40 mg PPB 3,60 7,30	
Pd. Inj. 02367955	Solu-Medrol	Pfizer	1	125 mg 17,33	
Pd. Inj. 02231895 02367963	Méthylprednisolone Solu-Medrol	Novopharm Pfizer	1 1	500 mg PPB 18,60 42,81	
<b>MOMÉTASONE (FUROATE DE) </b>					
Pd. pour Inh. 02243595	Asmanex Twisthaler	Organon	60 dose(s)	200 mcg/dose 32,00	
Pd. pour Inh. 02243596	Asmanex Twisthaler	Organon	30 dose(s) 60 dose(s)	400 mcg/dose 32,00 64,00	
<b>PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) </b>					
Sol. Orale 02245532	pms-Prednisolone	Phmscience	120 ml	5 mg/5 mL 10,80	0,0900
<b>PREDNISONE </b>					
Co. 00271373	Winpred	AA Pharma	100	1 mg 12,76	0,1276
Co. 00312770 00021695	Apo-Prednisone Teva-Prednisone	Apotex Teva Can	100 1000 100 1000	5 mg PPB 2,20 21,95 2,20 21,95	0,0220 0,0220 0,0220 0,0220

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				50 mg PPB	
00550957	Apo-Prednisone	Apotex	100	17,35 ➡	0,1735
00232378	Teva-Prednisone	Teva Can	100	17,35 ➡	0,1735

#### TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) ☈

Susp. Inj.

01999761	Kenalog-10	B.M.S.	5 ml	10 mg/mL	
				15,71	

Susp. Inj.

01999869	Kenalog-40	B.M.S.	1 ml	40 mg/mL PPB	
01977563	Triamcinolone	Sterimax	5 ml	25,52	
			1 ml	4,77	
			5 ml	23,85 ➡	

68:08

#### ANDROGÈNES

##### DANAZOL ☈

Caps.

02018144	Cyclomen	SanofiAven	100	50 mg	
				78,72	0,7872

Caps.

02018152	Cyclomen	SanofiAven	100	100 mg	
				116,79	1,1679

Caps.

02018160	Cyclomen	SanofiAven	100	200 mg	
				186,61	1,8661

#### TESTOSTÉRONE ☈

Gel Top.

02245345	AndroGel	BGP Pharma	30	1% (2,5 g) PPB	
02463792	Taro-Testosterone Gel	Taro	30	65,13 ➡	2,1710

Gel Top.

02245346	AndroGel	BGP Pharma	30	1 % (5,0 g) PPB	
02463806	Taro-Testosterone Gel	Taro	30	115,17 ➡	3,8390
02280248	Testim 1%	Paladin	30	88,73 ➡	2,9577

#### TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE) ☈

Sol. Inj. Huil.

00030783	Depo-Testostérone	Pfizer	10 ml	100 mg/mL PPB	
02496003	Taro-Testosterone Cypionate	Taro	10 ml ➡	24,45 20,78	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) ♀**

Sol. Inj. Huil.

00029246 02536315	<i>Delatestryl</i> <i>Enanthate de testostérone</i> <i>injectable</i>	Bausch H. Hikma	5 ml 5 ml	200 mg/mL PPB 24,42 20,76	
----------------------	---	--------------------	--------------	---------------------------------	--

**TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) ♀**

Caps.

02322498 02421186	<i>pms-Testosterone</i> <i>Taro-Testosterone</i>	Phmscience Taro	100 120 60 120	40 mg PPB 47,00 56,40 28,20 56,40	0,4700 0,4700 0,4700 0,4700
----------------------	---	--------------------	-------------------------	---	--------------------------------------

**68:12**

**ANOVULANTS**

**DROSPIRÉNONE □**

Co.

02522802	<i>Slynd</i> (28)	Duchesnay	1	4 mg 12,66	
----------	-------------------	-----------	---	---------------	--

**ÉTHINYLESTRADIOL/ DÉSOGESTREL □**

Co.

02272903 02257238	<i>Linessa</i> 21 <i>Linessa</i> 28	Aspen Aspen	1 1	0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg 12,40 12,40	
----------------------	--	----------------	--------	--	--

Co.

02317192 02317206 02396491 02396610 02042487 02042479 02410249 02410257	<i>Apri</i> 21 <i>Apri</i> 28 <i>Freya</i> 21 <i>Freya</i> 28 <i>Marvelon</i> 21 <i>Marvelon</i> 28 <i>Mirvala</i> 21 <i>Mirvala</i> 28	Teva Can Teva Can Mylan Mylan Organon Organon Apotex Apotex	1 1 1 1 1 1 1 1	0,030 mg -0,15 mg PPB 7,77 7,77 7,77 7,77 12,95 12,95 7,77 7,77	
--	--	--	--------------------------------------	---	--

**ÉTHINYLESTRADIOL/ DROSPIRENONE □**

Co.

02462060 02415380 02321157	<i>Comprimés de drospirenone</i> <i>et d'éthinylestradiol</i> 28 <i>Mya</i> 28 <i>Yaz</i> 28	Glenmark Apotex Bayer	3 1 1	0,02 mg -3 mg PPB 24,78 8,26 11,84	8,2600
----------------------------------	---	-----------------------------	-------------	---	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02421437	Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 21	Glenmark	3	18,66	PPB 6,2188
02421445	Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 28	Glenmark	3	18,66	PPB 6,2188
02261723	Yasmin 21	Bayer	1	11,84	
02261731	Yasmin 28	Bayer	1	11,84	
02410788	Zamine 21	Apotex	1	6,22	
02410796	Zamine 28	Apotex	1	6,22	

**ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL** 

Anneau vag.

02520028	Halooette	Search Phm	1	12,54	PPB 2,6 mg -11,4 mg 12,5400
02253186	Nuvaring	Organon	3	37,62	PPB 12,5400

**ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL** 

Co.

02236974	Alesse 21	Pfizer	1	12,70	PPB 0,020 mg -0,10 mg
02236975	Alesse 28	Pfizer	1	12,70	
02387875	Alysexa 21	Apotex	1	3,94	
			3	11,82	PPB 3,9400
02387883	Alysexa 28	Apotex	1	3,94	
			3	11,82	PPB 3,9400
02532174	Audrina 21	Jamp	1	3,94	
02532182	Audrina 28	Jamp	1	3,94	
02298538	Aviane 21	Teva Can	1	3,94	
02298546	Aviane 28	Teva Can	1	3,94	
02424282	LAYLAA 21	Lupin	1	3,94	
02424290	LAYLAA 28	Lupin	1	3,94	

Co.

00707600	Triquilar 21	Bayer	1	14,52	0,03 mg -0,05 mg -0,04 mg -0,075 mg -0,03 mg -0,125 mg
00707503	Triquilar 28	Bayer	1	14,52	

Co.

02042320	Min-Ovral 21	Pfizer	1	12,13	PPB 0,03 mg -0,15 mg
02042339	Min-Ovral 28	Pfizer	1	12,13	
02387085	Ovima 21	Apotex	1	7,28	
02387093	Ovima 28	Apotex	1	7,28	
02295946	Portia 21	Teva Can	1	7,28	
02295954	Portia 28	Teva Can	1	7,28	

Co. (91)

02398869	Indayo	Mylan	1	45,96	PPB 0,03 mg -0,15 mg
02296659	Seasonale	Teva Can	1	54,06	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

<b>ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL - ÉTHINYLESTRADIOL</b> 					
Co. 0,03 mg - 0,15 mg (84 co.)/0,01 mg (7 co.)					
02346176	Seasonique	Teva Can	1	52,66	

<b>ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE</b> 					
Timbre cut. (3) 0,60 mg - 6 mg					
02248297	Evra	Search Phm	1	14,95	

<b>ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE</b> 					
Co. 0,035 mg - 0,5 mg					
02187086	Bréviron 0,5/35 (21)	Pfizer	1	10,92	
02187094	Bréviron 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	Bréviron 1/35 (21)	Pfizer	1	10,92	
02189062	Bréviron 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	

<b>ÉTHINYLESTRADIOL/ NORGESTIMATE</b> 					
Co. 0,035 mg - 0,180 mg - 0,035 mg - 0,215 mg - 0,035 mg - 0,25 mg <b>PPB</b>					
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

<b>ÉTONOGESTREL</b> 					
Implant 68 mg					
02499509	Nexplanon	Organon	1	285,00	

<b>LÉVONORGESTREL</b>					
Co. 1,5 mg <b>PPB</b>					
02433532	Backup Plan Onestep	Apotex	1	8,60	
02425009	Contingency One	Mylan	1	8,60	
02293854	Plan B	Paladin	1	8,60	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**LÉVONORGESTREL **

Sys. Intra-Utré.

02459523	Kyleena	Bayer	1	19,5 mg	
				336,82	

Sys. Intra-Utré.

02243005	Mirena	Bayer	1	52 mg	
				336,82	

**NORÉTHINDRONE **

Co. (28)

02441306	Jencycla	Lupin	1	0,35 mg	PPB
02458683	Maeve	Glenmark	1		
02410303	Movisse	Mylan	1		

0,35 mg PPB

10,99

10,99

10,99

**ULIPRISTAL (ACÉTATE D') **

Co.

02436329	Ella	AbbVie	1	30 mg	
				25,94	

30 mg

25,94

**68:16.04**

**ESTROGÈNES**

**ESTRADIOL-17B **

Anneau vag.

02168898	Estring	Paladin	1	2 mg	
				62,77	

2 mg

62,77

Co.

02225190	Estrace	Acerus	100	0,5 mg	PPB
02449048	Lupin-Estradiol	Lupin	100	13,44	0,1344

0,5 mg PPB

13,44

10,74

0,1074

Co.

02148587	Estrace	Acerus	100	1 mg	PPB
02449056	Lupin-Estradiol	Lupin	100	25,97	0,2597

1 mg PPB

25,97

20,78

0,2078

Co.

02148595	Estrace	Acerus	100	2 mg	PPB
02449064	Lupin-Estradiol	Lupin	100	45,86	0,4586

2 mg PPB

45,86

36,66

0,3666

Co. Vag.

02503689	Imvexxy	Knight	18	4 mcg	
				65,32	

4 mcg

65,32

Co. Vag.

02503697	Imvexxy	Knight	18	10 mcg	
				65,32	

10 mcg

65,32

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Vag. (App.) 02325462	Vagifem 10	N.Nordisk	18	10 mcg 42,07	
Gel Top. 02238704	Estrogel	Organon	80 g	0,06 % 24,35	
<b>ESTRADIOL-17B/ PROGESTÉRONE MICRONISÉE</b>					
Caps. 02505215	Bijuva	Knight	30	0,5 mg -100 mg 26,89	0,8962
Caps. 02505223	Bijuva	Knight	30	1 mg -100 mg 26,89	0,8962
<b>ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES</b>					
Cr. Vag. 02043440	Premarin	Pfizer	30 g	0,625 mg/g 24,84	
<b>ESTRONE</b>					
Cr. Vag. 00727369	Estragyn crème vaginale	Search Phm	45 g	1 mg/g 15,55	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**68:16.08**

**ANTIESTROGÈNES**

**ANASTROZOLE** 

Co.

				1 mg	PPB
02534118	<i>AG-Anastrozole</i>	Angita	30	28,57	► 0,9522
02351218	<i>Anastrozole</i>	Accord	30	28,57	► 0,9522
02395649	<i>Anastrozole</i>	Pro Doc	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
02458799	<i>CCP-Anastrozole</i>	Cellchem	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
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	38,84	► 1,2947
02242705	<i>Aromasin</i>	Pfizer	30	155,35	5,1783
02407841	<i>Med-Exemestane</i>	GMP	30	38,84	► 1,2947
02408473	<i>Teva-Exemestane</i>	Teva Can	30	38,84	► 1,2947

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### LÉTROZOLE

Co.

				2,5 mg	PPB
02374439	<i>AG-Letrozole</i>	Angita	30	41,34	► 1,3780
02543419	<i>AG-Letrozole</i>	Angita	30	41,34	► 1,3780
02358514	<i>Apo-Letrozole</i>	Apotex	30	41,34	► 1,3780
02392496	<i>Bio-Letrozole</i>	Biomed	30	41,34	► 1,3780
			100	137,80	► 1,3780
02459884	<i>CCP-Letrozole</i>	Cellchem	30	41,34	► 1,3780
02231384	<i>Femara</i>	Novartis	30	163,96	5,4653
02373009	<i>Jamp-Letrozole</i>	Jamp	30	41,34	► 1,3780
			100	137,80	► 1,3780
02541912	<i>Jamp-Letrozole</i>	Jamp	30	41,34	► 1,3780
			100	137,80	► 1,3780
02338459	<i>Letrozole</i>	Accord	30	41,34	► 1,3780
02402025	<i>Letrozole</i>	Pro Doc	30	41,34	► 1,3780
02504472	<i>Letrozole</i>	Sanis	30	41,34	► 1,3780
02524244	<i>Letrozole</i>	Sivem	30	41,34	► 1,3780
02373424	<i>Mar-Letrozole</i>	Marcan	30	41,34	► 1,3780
02508109	<i>Mint-Letrozole</i>	Mint	30	41,34	► 1,3780
02421585	<i>Nat-Letrozole</i>	Natco	30	41,34	► 1,3780
			100	137,80	► 1,3780
02520486	<i>NRA-Letrozole</i>	Nora	30	41,34	► 1,3780
02309114	<i>pms-Letrozole</i>	Phmscience	30	41,34	► 1,3780
02398656	<i>Riva-Letrozole</i>	Riva	30	41,34	► 1,3780
02344815	<i>Sandoz Letrozole</i>	Sandoz	30	41,34	► 1,3780
02343657	<i>Teva-Letrozole</i>	Teva Can	30	41,34	► 1,3780

#### 68:16.12

#### AGONISTES ET ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES

#### RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				60 mg	PPB
02358840	<i>ACT Raloxifene</i>	Teva Can	30	13,75	► 0,4583
			100	45,83	► 0,4583
02279215	<i>Apo-Raloxifene</i>	Apotex	100	45,83	► 0,4583
02239028	<i>Evista</i>	Lilly	28	46,15	1,6482
02540681	<i>JAMP Raloxifene</i>	Jamp	100	45,83	► 0,4583

#### TAMOXIFÈNE (CITRATE DE)

Co.

				10 mg	PPB
00812404	<i>Apo-Tamox</i>	Apotex	100	17,50	► 0,1750
00851965	<i>Teva-Tamoxifen</i>	Teva Can	60	10,50	► 0,1750
			100	17,50	► 0,1750

Co.

				20 mg	PPB
00812390	<i>Apo-Tamox</i>	Apotex	100	35,00	► 0,3500
00851973	<i>Teva-Tamoxifen</i>	Teva Can	30	10,50	► 0,3500
			100	35,00	► 0,3500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>68:18</b>					
<b>GONADOTROPHINES</b>					
<b>BUSERELINE (ACÉTATE DE) </b>					
Implant					
02228955	<i>Suprefact Depôt</i>	Cheplaphar	1	6,3 mg	733,47
Implant					
02240749	<i>Suprefact Depôt 3 mois</i>	Cheplaphar	1	9,45 mg	1083,76
Sol. Inj. S.C.					
02225166	<i>Suprefact</i>	Cheplaphar	5,5 ml	1 mg/mL	51,76
Vap. nasal					
02225158	<i>Suprefact</i>	Cheplaphar	10 ml	1 mg/mL	69,35
<b>DEGARELIX (ACÉTATE DE) </b>					
Sol. Inj. S.C.					
02337029	<i>Firmagon</i>	Ferring	1	80 mg	255,00
Sol. Inj. S.C.					
02337037	<i>Firmagon</i>	Ferring	2	120 mg	690,00
<b>GONADORÉLINE </b>					
Pd. Inj.					
02046210	<i>Lutrepulse</i>	Ferring	1	0,8 mg	115,00
<b>GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) </b>					
Implant					
02049325	<i>Zoladex</i>	TerSera	1	3,6 mg	390,50
Implant					
02225905	<i>Zoladex LA</i>	TerSera	1	10,8 mg	1113,00
<b>LEUPROLIDE (ACÉTATE DE) </b>					
Trousse					
00884502	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1	3,75 mg	336,23
Trousse					
02248239	<i>Eligard</i>	Tolmar	1	7,5 mg	310,72
00836273	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1		387,97

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Trousse 02239834	Lupron Depot	AbbVie	1	11,25 mg 1008,68	
Trousse 02248240 02230248	Eligard Lupron Depot	Tolmar AbbVie	1 1	22,5 mg 891,00 1071,00	
Trousse 02248999 02239833	Eligard Lupron Depot	Tolmar AbbVie	1 1	30 mg 1285,20 1428,00	
Trousse 02268892	Eligard	Tolmar	1	45 mg 1450,00	
<b>NAFARELIN (ACETATE DE) </b>					
Vap. nasal 02188783	Synarel	Pfizer	8 ml	2 mg/mL 283,56	
<b>68:20.02</b>					
<b>INHIBITEURS DES ALPHA-GLUCOSIDASES</b>					
<b>ACARBOSE </b>					
Co. 02493780 02494078	Acarbose Mar-Acarbose	Strides Marcan	100 120	50 mg <b>PPB</b> 13,48 ➡ 16,18 ➡ 0,1348 0,1348	
Co. 02493799 02494086	Acarbose Mar-Acarbose	Strides Marcan	100 120	100 mg <b>PPB</b> 18,66 ➡ 22,39 ➡ 0,1866 0,1866	

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
				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>	Marcan	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
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
02242974	<i>ratio-Metformin</i>	Ratiopharm	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
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
02242589	<i>pms-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
02242931	<i>ratio-Metformin</i>	Ratiopharm	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 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		
02534673	<i>PRZ-Metformin</i>	Pharmaris	100	3,99	0,0399
			180	7,18	0,0399

**68:20.08****INSULINES****INSULINE ASPARTE**

Sol. Inj. S.C.

			100 U/mL (3 mL)		
02520974	<i>Kirsty</i>	BGP Pharma	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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**INSULINE DÉGLUDEC**

Sol. Inj. S.C.

02467879	Tresiba FlexTouch	N.Nordisk	5	100 U/mL (3 mL)	98,69
02467860	Tresiba Penfill	N.Nordisk	5		98,69

Sol. Inj. S.C.

02467887	Tresiba FlexTouch	N.Nordisk	3	200 U/mL (3 mL)	118,42
----------	-------------------	-----------	---	-----------------	--------

**INSULINE DÉTÉMIR**

Sol. Inj. S.C.

02412829	Levemir FlexTouch	N.Nordisk	5	100 U/mL (3 mL)	98,69
02271842	Levemir Penfill	N.Nordisk	5		98,69

**INSULINE GLARGINE**

Sol. Inj. S.C.

02245689	Lantus	SanofiAven	10 ml	100 U/mL	58,07
----------	--------	------------	-------	----------	-------

Sol. Inj. S.C.

02444844	Basaglar	Lilly	5	100 U/mL (3 mL)	69,64
02461528	Basaglar KwikPen (80 U)	Lilly	5		69,64
02526441	Semglee (stylo)	BGP Pharma	5		63,83

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02441829	Toujeo SoloStar	SanofiAven	3	300 U/mL (1,5 mL)	66,42
			5		110,70

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02493373	Toujeo DoubleStar	SanofiAven	3	300 U/mL (3mL)	132,84
----------	-------------------	------------	---	----------------	--------

**INSULINE GLULISINE**

Sol. Inj. S.C.

02279460	Apidra	SanofiAven	10 ml	100 U/mL	24,50
----------	--------	------------	-------	----------	-------

Sol. Inj. S.C.

02279479	Apidra	SanofiAven	5	100 U/mL (3 mL)	48,45
02294346	Apidra Solostar	SanofiAven	5		49,00

**INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE**

Susp. Inj. S.C.

00587737	Humulin N	Lilly	10 ml	100 U/mL	17,12
02024225	Novolin ge NPH	N.Nordisk	10 ml		18,39

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Susp. Inj. S.C.</b>					
01959239	Humulin N	Lilly	5	35,50	
02403447	Humulin N KwikPen	Lilly	5	34,89	
02024268	Novolin ge NPH Penfill	N.Nordisk	5	36,75	
100 U/mL (3 mL)					
<b>INSULINE LISPRO</b>					
Sol. Inj. S.C.					
02469901	Admelog	SanofiAven	10 ml	22,70	
100 U/mL					
<b>Sol. Inj. S.C.</b>					
02469898	Admelog	SanofiAven	5	45,00	
02469871	Admelog SoloSTAR	SanofiAven	5	45,00	
100 U/mL (3 mL)					
<b>Sol. Inj. S.C.</b>					
02439611	Humalog KwikPen	Lilly	5	102,88	
200 U/mL (3 mL)					
<b>INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE</b>					
Sol. Inj. S.C.					
00586714	Humulin R	Lilly	10 ml	17,12	
02024233	Novolin ge Toronto	N.Nordisk	10 ml	18,39	
100 U/mL					
<b>Sol. Inj. S.C.</b>					
01959220	Humulin R	Lilly	5	35,50	
02415089	Humulin R KwikPen	Lilly	5	35,50	
02024284	Novolin ge Toronto Penfill	N.Nordisk	5	36,75	
100 U/mL (3 mL)					
<b>Sol. Inj. S.C.</b>					
02466864	Entuzity KwikPen	Lilly	2	71,00	
500 U/mL (3 mL)					
<b>INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE</b>					
Susp. Inj. S.C.					
30 U -70 U/mL					
00795879	Humulin 30/70	Lilly	10 ml	17,12	
02024217	Novolin ge 30/70	N.Nordisk	10 ml	18,39	
30 U -70 U/mL					
<b>Susp. Inj. S.C.</b>					
01959212	Humulin 30/70	Lilly	5	35,50	
02025248	Novolin ge 30/70 Penfill	N.Nordisk	5	36,75	
30 U -70 U/mL (3 mL)					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### 68:20.16

#### ANALOGUES DU MEGLITINIDE

#### RÉPAGLINIDE

Co.

0,5 mg PPB					
02321475	<i>ACT Repaglinide</i>	ActavisPhm	100	8,08 ➡	0,0808
02424258	<i>Auro-Repaglinide</i>	AuroPharma	100	8,08 ➡	0,0808
			1000	80,80 ➡	0,0808
02239924	<i>GlucoNorm</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>	ActavisPhm	100	8,40 ➡	0,0840
02424266	<i>Auro-Repaglinide</i>	AuroPharma	100	8,40 ➡	0,0840
			1000	84,00 ➡	0,0840
02239925	<i>GlucoNorm</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>	ActavisPhm	100	8,73 ➡	0,0873
02424274	<i>Auro-Repaglinide</i>	AuroPharma	100	8,73 ➡	0,0873
			1000	87,30 ➡	0,0873
02239926	<i>GlucoNorm</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					
02297795	Apo-Gliclazide MR	Apotex	100	9,31	► 0,0931
02242987	Diamicron MR	Servier	60	8,43	0,1405
02524856	Gliclazide MR	Sanis	100	9,31	► 0,0931
+ 02429764	JAMP Gliclazide-MR	Jamp	60	5,59	► 0,0931
			100	9,31	► 0,0931
02423286	Mint-Gliclazide MR	Mint	100	9,31	► 0,0931
02438658	Mylan-Gliclazide MR	Mylan	100	9,31	► 0,0931
02461323	Sandoz Gliclazide MR	Sandoz	60	5,59	► 0,0931
			100	9,31	► 0,0931
02463571	Taro-Gliclazide MR	Sun Pharma	100	9,31	► 0,0931

Co. L.A.

60 mg PPB					
02407124	Apo-Gliclazide MR	Apotex	100	6,32	► 0,0632
02356422	Diamicron MR	Servier	60	15,17	0,2528
02524864	Gliclazide MR	Sanis	100	6,32	► 0,0632
+ 02429772	JAMP Gliclazide-MR	Jamp	60	3,79	► 0,0632
			100	6,32	► 0,0632
02423294	Mint-Gliclazide MR	Mint	100	6,32	► 0,0632
02461331	Sandoz Gliclazide MR	Sandoz	60	3,79	► 0,0632
			100	6,32	► 0,0632
02439328	Taro-Gliclazide MR	Sun Pharma	100	6,32	► 0,0632

**GLYBURIDE □**

Co.

2,5 mg PPB					
01913654	Apo-Glyburide	Apotex	100	3,21	► 0,0321
			500	16,03	► 0,0321
01959352	Glyburide	Pro Doc	100	3,21	► 0,0321
			500	16,03	► 0,0321
02350459	Glyburide	Sanis	100	3,21	► 0,0321
			500	16,03	► 0,0321
01913670	Teva-Glyburide	Teva Can	100	3,21	► 0,0321
			500	16,03	► 0,0321

Co.

5 mg PPB					
01913662	Apo-Glyburide	Apotex	100	5,73	► 0,0573
			500	28,65	► 0,0573
02485664	Glyburide	Pro Doc	500	28,65	► 0,0573
02350467	Glyburide	Sanis	100	5,73	► 0,0573
			500	28,65	► 0,0573
01913689	Teva-Glyburide	Teva Can	100	5,73	► 0,0573
			500	28,65	► 0,0573

**68:22.12****GLYCOGÉNOLYTIQUES****GLUCAGON □**

Pd. Inj.

1 mg					
02333619	GlucaGen	Paladin	1	77,10	
02333627	GlucaGen HypoKit	Paladin	1	77,10	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Nasale 02492415	Baqsimi	Amphastar	1	3 mg 131,60	
------------------------	---------	-----------	---	----------------	--

68:24

**PARATHYROÏDIENS****CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE) **

Sol. Inj.

Sol. Inj. 01926691	Calcimar Solution	SanofiAven	2 ml	200 U/mL 46,04	
-----------------------	-------------------	------------	------	-------------------	--

68:28

**HORMONES HYPOPHYSAIRES****DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE) **

Co. ou Co. Diss. Orale

* 00824305	DDAVP	Ferring	30	0,1 mg ou 0,06 mg 39,65	PPB R
02284995	DDAVP Melt	Ferring	30	29,73	0,9910
02284030	Desmopressin	Apotex	100	33,03	0,3303
02304368	pms-Desmopressin	Phmscience	100	33,03	0,3303

Co. ou Co. Diss. Orale

* 00824143	DDAVP	Ferring	30	0,2 mg ou 0,12 mg 79,30	PPB R
			100	264,32	R
02285002	DDAVP Melt	Ferring	30	59,47	1,9823
02284049	Desmopressin	Apotex	100	66,07	0,6607
02304376	pms-Desmopressin	Phmscience	100	66,07	0,6607

Sol. Inj.

02513579	Bipazen	KVR	10	4 mcg/mL (1mL) 90,00	PPB R
00873993	DDAVP	Ferring	10	100,60	10,0600

Sol. Nas.

00402516	DDAVP	Ferring	2,5 ml	0,1 mg/mL 47,20	
----------	-------	---------	--------	--------------------	--

Vap. nasal

02242465	Desmopressin	AA Pharma	25 dose(s)	10 mcg/dose 35,40	
			50 dose(s)	70,80	

68:32

**PROGESTATIFS****DIÉNOGEST **

Co.

02493055	Aspen-Dienogest	Aspen	28	2 mg 14,32	PPB R
02498189	JAMP Dienogest	Jamp	28	14,32	0,5115
02543613	M-Dienogest	Mantra Ph.	28	14,32	0,5115
02374900	Visanne	Bayer	28	55,00	1,9643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE) **

Co.

02244726	Apo-Medroxy	Apotex	100	2,5 mg <b>PPB</b>	4,16 ➡ 0,0416
02221284	Novo-Medrone	Novopharm	100	4,16 ➡ 0,0416	

Co.

02244727	Apo-Medroxy	Apotex	100	5 mg <b>PPB</b>	8,23 ➡ 0,0823
02221292	Novo-Medrone	Novopharm	100	8,23 ➡ 0,0823	
00030937	Provera	Pfizer	100	26,25	0,2625

Co.

02277298	Apo-Medroxy	Apotex	100	10 mg <b>PPB</b>	16,70 ➡ 0,1670
02221306	Novo-Medrone	Novopharm	100	16,70 ➡ 0,1670	

Co.

02267640	Apo-Medroxy	Apotex	100	100 mg	120,57 1,2057
----------	-------------	--------	-----	--------	---------------

Susp. Inj. I.M.

02523493	Depo-Provera (seringue)	Pfizer	1	150 mg/mL (1 mL)	26,98
----------	-------------------------	--------	---	------------------	-------

**MÉGESTROL (ACÉTATE DE) **

Co.

02195917	Megestrol	AA Pharma	100	40 mg	133,40 1,3340
----------	-----------	-----------	-----	-------	---------------

**PROGESTÉRONE **

Sol. Inj. Huil.

02446820	ACT Progesterone Injection	ActavisPhm	10 ml	50 mg/mL <b>PPB</b>	58,61
02531828	Progesterone injectable	Hikma	10 ml	58,61	

**PROGESTÉRONE MICRONISÉE **

Caps.

02493578	Auro-Progesterone	AuroPharma	30	100 mg <b>PPB</b>	9,03 ➡ 0,3011
			100	30,11 ➡ 0,3011	
02476576	pms-Progesterone	Phmscience	30	9,03 ➡ 0,3011	
			100	30,11 ➡ 0,3011	
02516187	Progesterone	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	pms-Progesterone	Phmscience	30 100	37,17 123,91	1,2391 1,2391
<b>68:36.04</b>					
<b>THYROÏDIENS</b>					
LÉVOTHYROXINE SODIQUE 					
Co.				0,025 mg	
02172062	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	6,97 71,09	0,0774 0,0711
Co.				0,05 mg	
02213192	Eltroxin	Aspen	500	13,70	0,0274
02172070	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	4,21 42,53	0,0468 0,0425
Co.				0,075 mg	
02172089	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	7,52 76,75	0,0836 0,0768
Co.				0,088 mg	
02172097	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	7,52 76,75	0,0836 0,0768
Co.				0,1 mg	
02213206	Eltroxin	Aspen	500	16,82	0,0336
02172100	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	5,58 56,61	0,0620 0,0566
Co.				0,112 mg	
02171228	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	7,96 81,04	0,0884 0,0810
Co.				0,125 mg	
02172119	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	8,09 82,41	0,0899 0,0824
Co.				0,137 mg	
02233852	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	14,14 157,07	0,1571 0,1571
Co.				0,15 mg	
02213214	Eltroxin	Aspen	500	18,66	0,0373
02172127	Synthroid	BGP Pharma	90 1000	5,99 60,82	0,0666 0,0608

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				0,175 mg	
02172135	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	8,64 88,06	0,0960 0,0881

Co.				0,2 mg	
02213222 02172143	<i>Eltroxin</i> <i>Synthroid</i>	Aspen BGP Pharma	500 90 1000	19,74 6,41 64,81	0,0395 0,0712 0,0648

Co.				0,3 mg	
02172151	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,82	0,0980

**LIOTHYRONINE SODIQUE **

Co.				5 mcg	<b>PPB</b>	
01919458 02494337	<i>Cytomel</i> <i>Teva-Liothyronine</i>	Pfizer Teva Can	100 100	122,74 109,06	►	1,2274 1,0906

Co.				25 mcg	<b>PPB</b>	
01919466 02494345	<i>Cytomel</i> <i>Teva-Liothyronine</i>	Pfizer Teva Can	100 100	133,41 118,54	►	1,3341 1,1854

**68:36.08**

**ANTITHYROÏDIENS**

**MÉTHIMAZOLE **

Co.				5 mg	<b>PPB</b>	
02490625 02480107 00015741	<i>Jamp Methimazole</i> <i>Mar-Methimazole</i> <i>Tapazole</i>	Jamp Marcan Paladin	100 100 100	15,31 15,31 24,73	►	0,1531 0,1531 0,2473

**PROPYLTHIOURACILE **

Co.				50 mg	<b>PPB</b>	
02521059 02523019	<i>Halycil</i> <i>Propylthiouracile</i>	Accelera Phebra	56 100 100	28,00 50,00 50,00	►	0,5000 0,5000 0,5000



**84:00**  
**PEAU ET MUQUEUSES**

- 84:04      anti-infectieux**  
84:04.04    antibactériens  
84:04.08    antifongiques  
84:04.12    scabicides et pédiculicides  
84:04.92    autres anti-infectieux locaux  
**84:06      anti-inflammatoires**  
**84:28      kératolytiques**  
**84:92      peau et muqueuses, divers**



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**84:04.04**
**ANTIBACTÉRIENS**
**BACITRACINE**

Pom. Top.

02351714	<i>Bacitracin</i>	Jamp	450 g	500 U/g 44,72	0,0994
----------	-------------------	------	-------	------------------	--------

**CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) □**

Sol. Top.

02266938	<i>Taro-Clindamycin</i>	Taro	30 ml 60 ml	1 % 6,93 13,86	
----------	-------------------------	------	----------------	----------------------	--

**FUSIDATE DE SODIUM □**

Pom. Top.

00586676	<i>Fucidin</i>	Leo	30 g	2 % 17,78	0,5927
----------	----------------	-----	------	--------------	--------

**FUSIDIQUE (ACIDE) □**

Cr. Top.

* 00586668	<i>Fucidin</i>	Leo	30 g	2 % PPB 17,78	0,5927
* 02528096	<i>Taro-Fusidic Acid</i>	Taro	30 g	17,03	0,5676

**MÉTRONIDAZOLE □**

Cr. Top.

02156091	<i>Noritate</i>	Bausch H.	45 g	1 % 24,03	0,5340
----------	-----------------	-----------	------	--------------	--------

Gel Top.

02297809	<i>Metrogel</i>	Galderma	55 g	1 % 33,00	0,6000
----------	-----------------	----------	------	--------------	--------

**MUPIROCINE**

Pom. Top.

02279983	<i>Taro-Mupirocin</i>	Taro	15 g 30 g	2 % 6,19 12,38	0,4125 0,4125
----------	-----------------------	------	--------------	----------------------	------------------

**POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC**

Pom. Top.

00621366	<i>Bioderm</i>	Odan	15 g 30 g	10 000 U -500 U/g PPB 5,04 10,08	0,3360 0,3360
02357569	<i>Jampolycin</i>	Jamp	15 g	5,04	0,3360

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**84:04.08**

**ANTIFONGIQUES**

**CICLOPIROX OLAMINE □**

Cr. Top.

02221802	Loprox	Bausch H.	60 g	1 %	18,10	0,3017
----------	--------	-----------	------	-----	-------	--------

Lot.

02221810	Loprox	Bausch H.	60 ml	1 %	18,13
----------	--------	-----------	-------	-----	-------

**CLOTRIMAZOLE**

Cr. Top.

00812382	Clotrimaderm	Taro	20 g	10 mg/g	6,13	0,3065
			30 g		7,41	0,2470
			50 g		11,17	0,2234
			500 g		103,00	0,2060

Cr. Vag. (App.)

00812366	Clotrimaderm	Taro	50 g	1 %	9,06
----------	--------------	------	------	-----	------

Cr. Vag. (App.)

00812374	Clotrimaderm	Taro	25 g	2 %	9,06
----------	--------------	------	------	-----	------

**KÉTOCONAZOLE □**

Cr. Top.

02245662	Ketoderm	Taro	30 g	2 %	9,50	0,3167
----------	----------	------	------	-----	------	--------

**NYSTATINE**

Cr. Top.

00716871	Nyaderm	Taro	454 g	100 000 U/g	28,60	0,0630
----------	---------	------	-------	-------------	-------	--------

**TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) □**

Cr. Top.

02031094	Lamisil	Novartis	30 g	1 %	14,83	0,4943
----------	---------	----------	------	-----	-------	--------

Vap. top.

02238703	Lamisil	Novartis	30 ml	1 %	14,65
----------	---------	----------	-------	-----	-------

**TERCONAZOLE □**

Cr. Vag. (App.)

02247651	Taro-Terconazole	Taro	45 g	0,4 %	28,59
----------	------------------	------	------	-------	-------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### 84:04.12

#### SCABICIDES ET PÉDICULICIDES

##### DIMÉTHICONÉ

Sol.

02373785	Nyda	Medexus	50 ml	50% P/P 22,42	
----------	------	---------	-------	------------------	--

#### ISOPROPYLE (MYRISTATE D')

Sol. Top.

02279592	Resultz	Aralez	120 ml 240 ml	50 % 11,50 22,42	
----------	---------	--------	------------------	------------------------	--

#### PERMÉTHRINE

Après-Shamp.

02231480	Kwellada-P Crème rinse	Medtech	50 ml 200 ml	1 % 8,75 34,97	
----------	------------------------	---------	-----------------	----------------------	--

Cr. Top.

02219905	Nix	GSK CONS	30 g	5 % 14,04	0,4680
----------	-----	----------	------	--------------	--------

Lot.

02231348	Kwellada-P Lotion	Medtech	100 ml	5 % 50,53	
----------	-------------------	---------	--------	--------------	--

#### PYRÉTHRINES/ BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE

Shamp.

0,33 % -3 % à 4 %

02125447	R & C Shampoo with conditioner	Medtech	50 ml 200 ml	5,55 22,19	
----------	--------------------------------	---------	-----------------	---------------	--

#### 84:04.92

#### AUTRES ANTI-INFECTIEUX LOCAUX

##### SULFADIAZINE D'ARGENT

Cr. Top.

00323098	Flamazine	S. & N.	20 g 50 g 500 g	1 % 4,86 10,96 66,01	0,2430 0,2192 0,1320
----------	-----------	---------	-----------------------	-------------------------------	----------------------------

#### 84:06

#### ANTI-INFLAMMATOIRES

##### AMCINONIDE

Cr. Top.

02246714	Taro-Amcinonide	Taro	30 g 60 g	0,1 % 5,73 11,45	0,1910 0,1908
----------	-----------------	------	--------------	------------------------	------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Lot.

02247097	<i>ratio-Amcinonide</i>	Teva Can	20 ml 60 ml	4,54 13,63	0,1 %
----------	-------------------------	----------	----------------	---------------	-------

Pom. Top.

02247096	<i>ratio-Amcinonide</i>	Teva Can	15 g 30 g 60 g	4,05 8,10 15,00	0,1 % 0,2700 0,2500
----------	-------------------------	----------	----------------------	-----------------------	---------------------------

**BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) **

Cr. Top.

02089602	<i>Propaderm</i>	Bausch H.	45 g 120 g	19,13 51,01	0,025 % 0,4251 0,4251
----------	------------------	-----------	---------------	----------------	-----------------------------

**BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) **

Cr. Top.

00323071	<i>Diprosone</i>	Organon	50 g	10,23	0,05 % <b>PPB</b>
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.

00417246	<i>Diprosone</i>	Organon	75 ml	14,85	0,05 % <b>PPB</b>
00809187	<i>Teva-Topisone</i>	Teva Can	30 ml 75 ml	5,94 14,85	

Pom. Top.

00344923	<i>Diprosone</i>	Organon	50 g	10,76	0,05 % <b>PPB</b>
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.

00849650	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	15 g 50 g	7,78 25,93	0,05 % 0,5186 0,5186
----------	----------------------	----------	--------------	---------------	----------------------------

Lot.

01927914	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	30 ml 60 ml	8,09 16,18	0,05 %
----------	----------------------	----------	----------------	---------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Pom. Top.</b>					
00629367 00849669	Diprolène <i>Teva-Topilene</i>	Organon Teva Can	50 g 15 g 50 g	0,05 % PPB 25,93 7,78 25,93	0,5186 0,5186 0,5186
<b>BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ SALICYLIQUE (ACIDE) </b>					
Lot. 02245688	<i>ratio-Topisalic</i>	Teva Can	30 ml 60 ml	0,05 % -2 % 10,57 21,14	
<b>Pom. Top.</b>					
00578436	<i>Diprosalic Pommade</i>	Organon	50 g	0,05 % -3 % 34,96	0,6992
<b>BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE) </b>					
Cr. Top. 00716618 00535427	<i>Bétaderm</i> <i>Teva-Ectosone</i>	Taro Teva Can	454 g 450 g	0,05 % PPB 27,06 26,82	0,0596 0,0596
<b>Cr. Top.</b>					
00716626 00535435	<i>Bétaderm</i> <i>Teva-Ectosone</i>	Taro Teva Can	454 g 450 g	0,1 % PPB 40,36 40,01	0,0889 0,0889
Lot. 00653209	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	0,05 % 11,40	
Lot. 00750050	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	0,1 % 15,00	
<b>Lot. Cap.</b>					
00716634 00653217	<i>Bétaderm</i> <i>Teva-Ectosone</i>	Taro Teva Can	75 ml 30 ml 75 ml	0,1 % PPB 6,39 2,56 6,39	
<b>Pom. Top.</b>					
00716642	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	0,05 % 27,06	0,0596
<b>Pom. Top.</b>					
00716650	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	0,1 % 40,36	0,0889

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**BUDÉSONIDE**

Mousse rect.(app.)

02498057	<i>Uceris</i>	Bausch H.	28 dose(s)	2 mg/dose 199,92	7,1400
----------	---------------	-----------	------------	---------------------	--------

Sol. Rect.

02052431	<i>Entocort En Lavement</i>	Tillotts	7	0,02 mg/mL (115 mL) 72,79	10,3986
----------	-----------------------------	----------	---	------------------------------	---------

**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	11,94	
02245522	<i>Taro-Clobetasol</i>	Taro	60 ml	11,94	
01910299	<i>Teva-Clobetasol</i>	Teva Can	20 ml	3,98	
			60 ml	11,94	

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.

02214415	<i>Spectro Eczemacare medicated cream</i>	GSK CONS	30 g	0,05 % 11,45	0,3817
----------	---	----------	------	-----------------	--------

**DÉSONIDE**

Cr. Top.

02229315	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	60 g	0,05 % 15,66	0,2610
----------	---------------------	------------	------	-----------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pom. Top. 02229323	PDP-Desonide	Pendopharm	60 g	0,05 % 15,66	0,2610
<b>DÉSOXIMÉTASONE</b>					
Cr. Top. (Emol.) 02221918	Topicort Doux	Bausch H.	20 g 60 g	0,05 % 9,08 22,97	0,4540 0,3828
Cr. Top. (Emol.) 02221896	Topicort	Bausch H.	20 g 60 g	0,25 % 13,08 34,59	0,6540 0,5765
Gel Top. 02221926	Topicort	Bausch H.	60 g	0,05 % 26,82	0,4470
Pom. Top. 02221934	Topicort	Bausch H.	60 g	0,25 % 34,59	0,5765
<b>FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE)</b>					
Huile Top. 00873292	Derma-Smoothe/FS	Hill	118 ml	0,01 % 29,15	
Pom. Top. 02162512	Synalar Régulier	Bausch H.	60 g	0,025 % 25,85	0,4308
<b>FLUOCINONIDE</b>					
Cr. Top. 02161923	Lidex Crème	Bausch H.	60 g 400 g	0,05 % PPB 14,27 95,12	0,2378 0,2378
00716863	Lyderm	Taro	15 g 60 g 400 g	3,57 14,27 95,12	0,2378 0,2378 0,2378
Cr. Top. (Emol.) 02163152	Lidémol Crème Émollient	Bausch H.	30 g 100 g	0,05 % PPB 5,94 19,80	0,1980 0,1980
00598933	Tiamol	Taro	25 g 100 g	4,95 19,80	0,1980 0,1980
Gel Top. 02236997	Lyderm	Taro	60 g	0,05 % 18,45	0,3075

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pom. Top.				0,05 % PPB	
02161966	Lidex Onguent	Bausch H.	60 g	18,21	0,3035
02236996	Lyderm	Taro	60 g	18,21	0,3035

#### HALOBÉTASOL (PROPIONATE D')

Lot.				0,01 %	
02506262	Bryhali	Bausch H.	60 g	58,90	

#### HYDROCORTISONE

Cr. Top.				1 % PPB	
80078409	Alta-HC 1 %	Altamed	15 g	1,48	0,0987
			30 g	4,50	0,1500
80073687	Cell Hydrocortisone	Cellchem	15 g	1,48	0,0987
80061697	Cortivera Plus	Vanc Phm	15 g	1,48	0,0987
00192597	Emo-Cort	GSK	45 g	7,42	0,1649
02412926	Euro-Hydrocortisone	Sandoz	15 g	3,00	0,2000
			30 g	4,50	0,1500
			45 g	4,45	0,0989
			454 g	39,00	0,0859
80057189	Jamp-Hydrocortisone Cream 1 %	Jamp	30 g	4,50	0,1500
			45 g	4,45	0,0988
			454 g	39,00	0,0859
80066164	M-HC 1%	Mantra Ph.	45 g	4,45	0,0988
80066167	M-HC 1% Protection	Mantra Ph.	454 g	39,00	0,0859
			30 g	4,50	0,1500

#### HYDROCORTISONE

Cr. Top.				2,5 %	
02469421	Sandoz Hydrocortisone	Sandoz	45 g	14,95	0,3322
			225 g	74,75	0,3322

#### HYDROCORTISONE

Lot.				1 % PPB	
80057191	Jamp-Hydrocortisone Lotion 1 %	Jamp	60 ml	7,15	
80066168	M-HC 1% lotion	Mantra Ph.	150 ml	17,87	
			60 ml	7,15	

Pom. Top.				1 % PPB	
00716693	Cortoderm	Taro	454 g	17,70	0,0390
80057193	Jamp-Hydrocortisone 1%	Jamp	454 g	17,70	0,0390

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Cr. Top.

1 % PPB					
00716839	Hyderm	Taro	15 g	3,20	0,2133
80057178	Jamp-HC Crème 1%	Jamp	500 g	18,20	0,0364
80066165	M-HC Acetate 1%	Mantra Ph.	15 g	2,09	0,1392
			500 g	18,20	0,0364
			15 g	2,09	0,1392
			500 g	18,20	0,0364

#### HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Pom. Rect. (App.)

0,5 % à 0,75 % PPB					
02128446	Anodan-HC	Odan	15 g	5,78	0,3850
02387239	JampZinc - HC	Jamp	30 g	11,55	0,3850
			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
80061501	Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Cream	Jamp	225 g	27,70	0,1231
80073645	M-HC 1% Urea 10% cream	Mantra Ph.	120 g	10,98	0,0915
			225 g	20,59	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
02367157	Taro-Mométasone	Taro	50 g	29,80	0,5960
			15 g	7,89	0,5260
			50 g	26,31	0,5262

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Lot.

00871095	<i>Elocom</i>	Organon	75 ml	0,1 % PPB	32,09
02266385	<i>Taro-Mometasone Lotion</i>	Taro	30 ml	► 9,37	
			75 ml	► 23,43	

Pom. Top.

00851736	<i>Elocom</i>	Organon	50 g	0,1 % PPB	28,77
02248130	<i>Teva-Mométasone</i>	Teva Can	15 g	3,38 ►	0,2252
			50 g	11,26 ►	0,2252

**TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) □**

Cr. Top.

02194058	<i>Aristocort R</i>	Bausch H.	30 g	0,1 % PPB	3,90
00716960	<i>Triaderm</i>	Taro	500 g	26,65	0,0533

Cr. Top.

02194066	<i>Aristocort C</i>	Bausch H.	15 g	0,5 %	17,28
			50 g	57,60	1,1520

Pom. Top.

02194031	<i>Aristocort R</i>	Bausch H.	30 g	0,1 %	3,90
----------	---------------------	-----------	------	-------	------

Pom. Top. (Orale)

01964054	<i>Oracort</i>	Taro	7,5 g	0,1 %	6,83
----------	----------------	------	-------	-------	------

**84:28****KÉRATOLYTIQUES  
URÉE**

Cr. Top.

80079885	<i>Crème à l'urée</i>	Cellchem	50 g	20 % et 22 % PPB	2,40
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**84:92**

**PEAU ET MUQUEUSES, DIVERS**

**ACITRÉTINE **

Caps.

				10 mg	PPB	
02468840	<i>Mint-Acitretn</i>	Mint	30	38,90	►	1,2965
02070847	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	38,90	►	1,2965
02466074	<i>Taro-Acitretn</i>	Taro	30	38,90	►	1,2965

Caps.

				25 mg	PPB	
02468859	<i>Mint-Acitretn</i>	Mint	30	68,31	►	2,2770
02070863	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	68,31	►	2,2770
02466082	<i>Taro-Acitretn</i>	Taro	30	68,31	►	2,2770

**CALCIPOTRIOL **

Pom. Top.

				50 mcg/g	
01976133	<i>Dovonex</i>	Leo	100 g 120 g	73,37 88,04	0,7337 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.

				30 g		
00921084	<i>DuoDERM Gel</i>	Convatec		6,64		0,2213

**HYDROGEL**

Gel Top.

99100795	<i>Cutimed Gel</i>	BSN Med	15 g 25 g	2,95 3,93	0,1967 0,1572
* 99100365	<i>Nu-Gel</i>	3M	15 g 25 g	3,80 5,51	0,2533 0,2203
99100152	<i>Purilon Gel</i>	Coloplast	8 g 15 g	2,25 3,15	0,2813 0,2100
* 99100192	<i>Tegaderm 3M - Hydrogel pour plaies</i>	3M	15 g	2,74	R
99100300	<i>Woun'dres</i>	Coloplast	28 g 84 g	3,70 8,98	0,1321 0,1069

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ISOTRÉTINOÏNE**

Caps.

00582344	Accutane 10	Roche	30	10 mg	PPB
02257955	Clarus	Mylan	30	27,94	0,9313

Caps.

00582352	Accutane 40	Roche	30	40 mg	PPB
02257963	Clarus	Mylan	30	57,01	1,9003

**PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE**

Gel Top.

00907936	Intrasite	S. & N.	8 g	20 % -3 %	
			15 g	2,73	0,3413
			25 g	3,70	0,2467
				5,74	0,2296

**ZINC (OXYDE DE)**

Band.

01907603	Viscopaste PB7	S. & N.	1	7,5 cm X 6 m	
				8,80	

**86:00**  
**RELAXANTS MUSCULAIRES LISSES**

86:12      relaxants musculaires lisses  
génito-urinaires  
86:16      respiratoires



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**86:12**

**RELAXANTS MUSCULAIRES LISSES GÉNITO-URINAIRES**

**OXYBUTYNINE (CHLORURE D') **

Co.

02240549	<i>pms-Oxybutynin</i>	Phmscience	100	2,5 mg 13,72	0,1372
----------	-----------------------	------------	-----	-----------------	--------

Co.

				5 mg	PPB
02163543	<i>Apo-Oxybutynin</i>	Apotex	100	9,86 ➡	0,0986
			500	49,30 ➡	0,0986
02350238	<i>Oxybutynin</i>	Sanis	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 ➡	0,0986
			500	49,30 ➡	0,0986

**PROPIVÉRINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

02460289	<i>Mictoryl Pédiatrique</i> <sup>21</sup>	Duchesnay	28	5 mg 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	14,73	0,2455
			100	24,55	0,2455
02423308	<i>Mint-Tolterodine</i>	Mint	100	24,55	0,2455
02299593	<i>Teva-Tolterodine</i>	Teva Can	60	14,73	0,2455

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02239065	<i>Detroj</i>	BGP Pharma	60	56,76	2 mg PPB
02496844	<i>Jamp Tolterodine</i>	Jamp	60	14,73	⇒ 0,2455
			100	24,55	⇒ 0,2455
02423316	<i>Mint-Tolterodine</i>	Mint	100	24,55	⇒ 0,2455
02299607	<i>Teva-Tolterodine</i>	Teva Can	60	14,73	⇒ 0,2455

**86:16****RESPIRATOIRES****THÉOPHYLLINE**

Co. L.A.

00692689	<i>Theo LA</i>	AA Pharma	100	100 mg 16,24	0,1624
----------	----------------	-----------	-----	-----------------	--------

Co. L.A.

00692697	<i>Theo LA</i>	AA Pharma	100	200 mg 18,05	0,1805
----------	----------------	-----------	-----	-----------------	--------

Co. L.A.

02360101	<i>Theo ER</i>	AA Pharma	100	400 mg 33,62	0,3362
----------	----------------	-----------	-----	-----------------	--------

Co. L.A.

02360128	<i>Theo ER</i>	AA Pharma	100	600 mg 40,72	0,4072
----------	----------------	-----------	-----	-----------------	--------

Elix.

00627410	<i>Théophylline</i>	Atlas	500 ml	80 mg/15 mL 1,76	0,0035
----------	---------------------	-------	--------	---------------------	--------



**88:00**  
**VITAMINES**

88:08      vitamines b  
88:16      vitamines d  
88:24      vitamines k  
88:28      multivitamines



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**88:08**  
**VITAMINES 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	7,45	0,0149

**FOLIQUE (ACIDE) R**

Co.

				5 mg	
02366061	Jamp-Acide Folique	Jamp	1000	19,80	0,0198

**FOLIQUE (ACIDE)**

Sol. Inj.

				5 mg/mL	
02139480	Acide folique injectable, USP	Fresenius	10 ml	16,40	

**NIACINE**

Co.

				500 mg PPB	
* 00557412	Jamp-Niacine	Jamp	100	4,50	R
01939130	Niacine	Odan	500	22,50	R
			100	7,50	► 0,0750

**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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)**

Co.

02245506	<i>Euro-B1</i>	Sandoz	500	50 mg PPB 35,00 ➡	0,0700
80009633	<i>Jamp-Vitamine B1</i>	Jamp	500	35,00 ➡	0,0700
80054199	<i>M-B1 50 mg</i>	Mantra Ph.	500	35,00 ➡	0,0700
80049777	<i>Opus Vitamine B1</i>	Opus	500	35,00 ➡	0,0700

Co.

80106545	<i>AG-Vitamine B1</i>	Angita	500	100 mg PPB 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.

02193221	<i>Thiamiject</i>	Oméga	10 ml	100 mg/mL 11,88	
----------	-------------------	-------	-------	--------------------	--

**88:16**

**VITAMINES D**

**ALFACALCIDOL**

Caps.

00474517	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	100	0,25 mcg PPB 42,45	0,4245
02533316	<i>Sandoz Alfacalcidol</i>	Sandoz	100	40,33 ➡	0,4033

Caps.

00474525	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	100	1 mcg PPB 127,07	1,2707
02533324	<i>Sandoz Alfacalcidol</i>	Sandoz	100	120,72 ➡	1,2072

Sol. Inj. I.V.

02242502	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	0,5 ml 1 ml	2 mcg/mL 7,99 15,98	
----------	------------------	------------	----------------	---------------------------	--

Sol. Orale

02240329	<i>One-Alpha</i>	Cheplaphar	20 ml	2 mcg/mL 99,66	4,9830
----------	------------------	------------	-------	-------------------	--------

**CALCITRIOL**

Caps.

02495899	<i>Calcitriol Capsules</i>	Strides	100	0,25 mcg PPB 23,41 ➡	0,2341
02431637	<i>Calcitriol-Odan</i>	Odan	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

02495902	<i>Calcitriol Capsules</i>	Strides	100	0,50 mcg	<b>PPB</b>
02431645	<i>Calcitriol-Odan</i>	Odan	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

**CHOLÉCALCIFÉROL**

Caps.

02442256	<i>Luxa-D</i>	Orimed	100	2 000 UI	<b>PPB</b>
80110453	<i>Vitamine D 2000 UI</i>	Angita	100	6,93	0,0693

Co. ou Caps.

02498944	<i>AG-Vitamin D</i>	Angita	60	10 000 UI	<b>PPB</b>
00821772	<i>D-Tabs</i>	Riva	250	12,60	0,2100
			60	52,50	0,2100
02253178	<i>Euro D 10 000</i>	Sandoz	250	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.

02237450	<i>D-Forte</i>	Sandoz	100	50 000 U	
----------	----------------	--------	-----	----------	--

Sol. Orale

80020776	<i>Jamp-D2-Dol</i>	Jamp	60 ml	8 288 UI/mL	
----------	--------------------	------	-------	-------------	--

**VITAMINE D**

Caps.

80007769	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	500	800 UI	<b>PPB</b>
80039160	<i>Opus D-800</i>	Opus	500	30,00	0,0600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

## Caps. ou Co.

				1 000 UI	PPB
80089250	Bio-Vitamine D3	Biomed	500	35,00	0,0700
80007766	D-Gel-1000	Jamp	500	35,00	0,0700
80003707	Euro-D 1000	Sandoz	500	35,00	0,0700
80055204	M-D1000 Gel	Mantra Ph.	500	35,00	0,0700
80120939	NORA D-1000	Nora	500	35,00	0,0700
80027592	Opus D-1000	Opus	500	35,00	0,0700
80051562	Riva-D 1000	Riva	500	35,00	0,0700
80106651	Riva-D Gelcaps 1000	Riva	500	35,00	0,0700
80063899	Vit D 1000 gel	Altamed	500	35,00	0,0700
80068574	Vitamin D3 Softgel	Cellchem	100	7,00	0,0700
80100940	Vitamine D 1000	Angita	500	35,00	0,0700

## Co. ou Caps.

				400 UI	PPB
80090840	Bio-Vitamine D3 400	Biomed	500	15,00	0,0300
02242651	Euro D 400	Sandoz	100	3,00	0,0300
			500	15,00	0,0300
80006629	Jamp-Vitamine D (Caps.)	Jamp	500	15,00	0,0300
02240624	Jamp-Vitamine D (Co.)	Jamp	500	15,00	0,0300
80055196	M-D400 Gel	Mantra Ph.	500	15,00	0,0300
80120940	NORA D-400	Nora	500	15,00	0,0300
80039163	Opus D-400	Opus	500	15,00	0,0300
80005560	Riva-D	Riva	100	3,00	0,0300
			500	15,00	0,0300
80105615	Riva-D Gelcaps 400	Riva	500	15,00	0,0300
80063895	Vit D 400 gel	Altamed	500	15,00	0,0300
80100936	Vitamine D 400 IU	Angita	500	15,00	0,0300

## Sol. Orale

				400 UI/dose	PPB
80001869	Ddrops pour bébé	D Drops	90 dose(s)	9,90	
00762881	D-VI-SOL	M.J.	50 dose(s)	5,50	
80019649	Jamp-D3-Dol	Jamp	90 dose(s)	9,90	
80003038	Jamp-Vitamine D	Jamp	50 dose(s)	5,50	
80004595	PediaVIT D	Exzell	50	5,50	
80077066	Pediavit Vitamine D3	Exzell	60 dose(s)	6,60	

**88:24****VITAMINES K****PHYTONADIONE** 

## Sol. Inj. I.M.

00781878	Vitamine K 1	Sandoz	0,5 ml	2 mg/mL	
----------	--------------	--------	--------	---------	--

## Sol. Inj. I.M.

00804312	Vitamine K 1	Sandoz	1 ml	10 mg/mL	
----------	--------------	--------	------	----------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**88:28**

**MULTIVITAMINES  
VITAMINES A, D ET C**

Sol. Orale

750 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80056252 00762903	<i>Pediavit Multi Tri-Vi-Sol</i>	Exzell M.J.	50 ml 50 ml	► 9,36 ► 9,36	
----------------------	--------------------------------------	----------------	----------------	------------------	--

Sol. Orale

1 500 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80008471 02229790	<i>Jamp-Vitamines A-D-C Pediavit</i>	Jamp Euro-Pharm	50 ml 50 ml	► 9,36 ► 9,36	
----------------------	--	--------------------	----------------	------------------	--



**92:00**  
**AUTRES MÉDICAMENTS**

- 92:00.02 autres divers  
92:08 Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase  
92:12 Antidotes  
92:16 Antigoutteux  
92:24 Inhibiteurs de la résorption osseuse  
92:28 Agents cariostatiques  
92:36 Antirhumatismaux modificateurs de la maladie  
92:40 Antagonistes de la gonadolibérine (GnRH)  
92:44 Immunosuppresseurs  
92:92 Autres agents thérapeutiques



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**92:00**

**AUTRES MÉDICAMENTS**

**ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS D')**

Sol. Inj.

Doses d'entretien (10 mL)

99101105	<i>Monovalent</i>	Allergo	1	245,00	
99101113	<i>Polyvalent</i>	Allergo	1	245,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (10 mL)

99101106	<i>Monovalent</i>	Allergo	4	245,00	
99101114	<i>Polyvalent</i>	Allergo	4	245,00	

**ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS NON NORMALISÉS ET NORMALISÉS D')**

Sol. Inj.

Doses d'entretien (10 mL)

99101124	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	1	245,00	
----------	--	---------	---	--------	--

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (10 mL)

99101125	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	4	245,00	
----------	--	---------	---	--------	--

**ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS 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	245,00	
99100062	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99101109	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99100063	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
99101111	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
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	245,00	
99100064	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99101120	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99100065	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
99101122	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99101115	<i>Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	245,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (10 mL)

99113893	<i>Monovalent</i>	Stallergen	4	245,00	
99100074	<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	4	315,00	
99101108	<i>Monovalent standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100061	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	315,00	
99101110	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100073	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	3	315,00	
99101112	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100075	<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	4	315,00	
99113895	<i>Polyvalent</i>	Stallergen	4	245,00	
99100079	<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	4	315,00	
99100080	<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	4	315,00	
99100078	<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	4	315,00	
99101117	<i>Polyvalent Pollens Acariens standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99101119	<i>Polyvalent standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100076	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	315,00	
99101121	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100077	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	4	315,00	
99101123	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	4	245,00	

**ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)**

Sol. Inj.

Doses d'entretien (5 mL)

99101143	<i>Présaisonner - Arbres, Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101147	<i>Présaisonner - Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101149	<i>Présaisonner - Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101141	<i>Présaisonner- Arbres</i>	Allergo	1	265,00	
99101151	<i>Présaisonner- Arbres et Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
99101155	<i>Présaisonner- Arbres et Graminées</i>	Allergo	3	265,00	88,3333
99100070	<i>Présaisonner- Arbres, Graminées, Herbe à poux</i>	Oméga	3	278,00	92,6667
99100071	<i>Présaisonner- Graminées et Herbe à poux</i>	Oméga	3	278,00	92,6667
99100072	<i>Présaisonner- Herbe à poux</i>	Oméga	3	278,00	92,6667
99113924	<i>Présaisonner Monovalent</i>	Stallergen	1	265,00	
99113932	<i>Présaisonner Polyvalent</i>	Stallergen	1	265,00	
99101145	<i>Présaisonner-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
<b>Sol. Inj.</b>					
				<b>Doses d'entretien (10 mL)</b>	
99113934	<i>Perennial Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113925	<i>Perennial Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113928	<i>Présaisonner Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113930	<i>Présaisonner 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	
<b>Sol. Inj.</b>					
				<b>Ensemble de traitement (5 mL)</b>	
99101144	<i>Présaisonner - Arbres, Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	3	265,00	
99101148	<i>Présaisonner - Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	3	265,00	
99101150	<i>Présaisonner - Herbes à poux</i>	Allergo	3	265,00	
99101142	<i>Présaisonner- Arbres</i>	Allergo	3	265,00	
99101153	<i>Présaisonner- Arbres et Graminées</i>	Allergo	3	265,00	
99113923	<i>Présaisonner Monovalent</i>	Stallergen	4	265,00	
99113931	<i>Présaisonner Polyvalent</i>	Stallergen	4	265,00	
99101146	<i>Présaisonner-Graminées</i>	Allergo	3	265,00	
00889822	<i>Suspal- Monovalent- Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
99000458	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
00861286	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	3	278,00	
00861405	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	3	278,00	
<b>Sol. Inj.</b>					
				<b>Ensemble de traitement (8 mL)</b>	
99113913	<i>Présaisonner- Arbres</i>	Oméga	1	278,00	
99100625	<i>Présaisonner- Arbres et Graminées</i>	Oméga	1	278,00	278,0000
99100083	<i>Présaisonner- Arbres, Graminées, Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	
99100082	<i>Présaisonner- Graminées et Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	278,0000
99113914	<i>Présaisonner- Graminés</i>	Oméga	1	278,00	
99113915	<i>Présaisonner- Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	
<b>Sol. Inj.</b>					
				<b>Ensemble de traitement (10 mL)</b>	
99113921	<i>Perennial Monovalent</i>	Stallergen	4	278,00	
99113926	<i>Perennial Polyvalent</i>	Stallergen	4	278,00	
99113927	<i>Présaisonner Monovalent</i>	Stallergen	4	278,00	
99113929	<i>Présaisonner Polyvalent</i>	Stallergen	4	278,00	
00889849	<i>Suspal- Monovalent- Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
00889857	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
00861308	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	3	278,00	
00861316	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	3	278,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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 (5 mL)

00861073	<i>Monovalent</i>	Oméga	3	315,00	
00889733	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	315,00	
02247756	<i>Polyvalent</i>	Oméga	3	315,00	
00889741	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	315,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (10 mL)

00861138	<i>Monovalent</i>	Oméga	3	315,00	
00889768	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	315,00	
00861162	<i>Polyvalent</i>	Oméga	3	315,00	
00889776	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	315,00	

**DILUANT À L'ALBUMINE**

Sol.

0,03 %

02283735	<i>Diluant albumine</i>	ALK-Abello	4,5 ml 9 ml	1,82 2,04	
----------	-------------------------	------------	----------------	--------------	--

**PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES**

Pd. Inj.

1,1 mg

99100225	<i>Abeille domestique</i>	ALK-Abello	1	350,00	
99100226	<i>Frelon à tête blanche</i>	ALK-Abello	1	350,00	
99100227	<i>Frelon Jaune</i>	ALK-Abello	1	350,00	
99100228	<i>Guêpe de l'est</i>	ALK-Abello	1	350,00	
99100229	<i>Guêpe poliste</i>	ALK-Abello	1	350,00	

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.

3,3 mg

99100230	<i>Vespidés combinés</i>	ALK-Abello	1	625,00	
----------	--------------------------	------------	---	--------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Inj.

99100026	Vespidés combinés	Oméga	1	3,9 mg 1122,40	
----------	-------------------	-------	---	-------------------	--

Pd. Inj.

99004038	<i>Frelon à tête blanche</i>	ALK-Abello	6	120 mcg 160,05	26,6750
99100270	<i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99004011	<i>Frelon Jaune</i>	ALK-Abello	6	160,05	26,6750
99004046	<i>Guêpe</i>	ALK-Abello	6	171,79	28,6317
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
99004054	<i>Guêpe jaune</i>	ALK-Abello	6	162,19	27,0317
99004062	<i>Venin d'abeille</i>	ALK-Abello	6	119,51	19,9183
01948911	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Allergy	6	105,00	17,5000

Pd. Inj.

99004070	Vespidés combinés	ALK-Abello	6	360 mcg 308,37	51,3950
99100281	Vespidés combinés	Oméga	6	741,76	123,6267

Pd. Inj.

99100266	<i>Frelon à tête blanche</i>	Oméga	1	550 mcg 425,00	
99100267	<i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	1	425,00	
99100268	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	1	425,00	
99100269	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	1	425,00	
99100282	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	425,00	

Pd. Inj.

99100284	Vespidés combinés	Oméga	1	1 650 mcg 752,00	
----------	-------------------	-------	---	---------------------	--

**VENINS D'HYMÉNOPTÈRES**

Pd. Inj.

99100021	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	1,3 mg 634,40	
----------	---	-------	---	------------------	--

Pd. Inj.

00541435	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	6	120 mcg 414,80	69,1333
----------	---	-------	---	-------------------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**92:00.02**

**AUTRES DIVERS**

**ZINC (OXYDE DE)/ ICHTHAMMOL**

Band.

01948466	<i>Ichthopaste</i>	S. & N.	1	7,02	7,5 cm X 6 m
----------	--------------------	---------	---	------	--------------

**92:08**

**INHIBITEURS DE LA 5-ALPHA-RÉDUCTASE**

**DUTASTERIDE** 

Caps.

				0,5 mg	PPB
02412691	<i>ACT Dutasteride</i>	ActavisPhm	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02404206	<i>Apo-Dutasteride</i>	Apotex	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02469308	<i>Auro-Dutasteride</i>	AuroPharma	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02247813	<i>Avodart</i>	GSK	30	48,12	1,6040
02421712	<i>Dutasteride</i>	Pro Doc	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02443058	<i>Dutasteride</i>	Sanis	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02429012	<i>Dutasteride</i>	Sivem	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02484870	<i>Jamp-Dutasteride</i>	Jamp	30	7,70 ➡	0,2565
			90	23,09 ➡	0,2565
02416298	<i>Med-Dutasteride</i>	GMP	30	7,70 ➡	0,2565
			90	23,09 ➡	0,2565
02428873	<i>Mint-Dutasteride</i>	Mint	30	7,70 ➡	0,2565
			90	23,09 ➡	0,2565
02393220	<i>pms-Dutasteride</i>	Phmscience	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02490587	<i>Priva-Dutasteride</i>	Nora	30	7,70 ➡	0,2565
02543990	<i>Pro-Dutasteride</i>	Pro Doc	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02427753	<i>Riva-Dutasteride</i>	Riva	30	7,70 ➡	0,2565
			90	23,09 ➡	0,2565
02424444	<i>Sandoz Dutasteride</i>	Sandoz	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02408287	<i>Teva-Dutasteride</i>	Teva Can	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	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

**92:12**

**ANTIDOTES**

**FOLINIQUE (ACIDE)** 

Co.

				5 mg	PPB
02170493	<i>Leucovorin</i>	Pfizer	24	133,90	5,5793
			100	557,93	5,5793
02496828	<i>Mint-Leucovorin</i>	Mint	24	88,26	► 3,6776
			100	367,76	► 3,6776
02493357	<i>Riva Leucovorin</i>	Riva	24	88,26	► 3,6776

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**92:16**

**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
02421593	<i>Jamp-Allopurinol</i>	Jamp	100	7,80 ➡	0,0780
			1000	78,00 ➡	0,0780
02396327	<i>Mar-Allopurinol</i>	Marcan	100	7,80 ➡	0,0780
			1000	78,00 ➡	0,0780
*	<i>Zyloprim</i>	AA Pharma	100	7,80 ➡	0,0780
			1000	78,00 ➡	0,0780

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
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
*	<i>Zyloprim</i>	AA Pharma	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
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
*	<i>Zyloprim</i>	AA Pharma	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**92:24**

**INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION OSSEUSE**

**ALENDRONATE MONOSODIQUE □**

Co.

				5 mg	PPB
02381478	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	28	21,33	► 0,7617
02248727	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	30	22,85	► 0,7617
			100	76,17	► 0,7617
02248251	<i>Teva-Alendronate</i>	Teva Can	30	22,85	► 0,7617
			100	76,17	► 0,7617

Co.

				10 mg	PPB
02381486	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	28	12,06	► 0,4308
02248728	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	30	12,92	► 0,4308
			100	43,08	► 0,4308
02388545	<i>Auro-Alendronate</i>	AuroPharma	100	43,08	► 0,4308
02288087	<i>Sandoz Alendronate</i>	Sandoz	30	12,92	► 0,4308
			90	38,77	► 0,4308
02247373	<i>Teva-Alendronate</i>	Teva Can	30	12,92	► 0,4308
			100	43,08	► 0,4308

Co.

				70 mg	PPB
02485184	<i>AG-Alendronate</i>	Angita	4	7,12	► 1,7804
02506327	<i>AG-Alendronate Sodium</i>	Angita	4	7,12	► 1,7804
02352966	<i>Alendronate</i>	Sanis	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02299712	<i>Alendronate</i>	Sivem	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02381494	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	4	7,12	► 1,7804
02303078	<i>Alendronate-70</i>	Pro Doc	4	7,12	► 1,7804
			100	178,04	► 1,7804
02248730	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	4	7,12	► 1,7804
			100	178,04	► 1,7804
02388553	<i>Auro-Alendronate</i>	AuroPharma	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02245329	<i>Fosamax</i>	Organon	4	38,62	9,6550
02500175	<i>Jamp Alendronate Sodium</i>	Jamp	4	7,12	► 1,7804
02385031	<i>Jamp-Alendronate</i>	Jamp	4	7,12	► 1,7804
02529394	<i>M-Alendronate</i>	Mantra Ph.	4	7,12	► 1,7804
02394871	<i>Mint-Alendronate</i>	Mint	4	7,12	► 1,7804
02523116	<i>NRA-Alendronate</i>	Nora	4	7,12	► 1,7804
02284006	<i>pms-Alendronate FC</i>	Phmscience	4	7,12	► 1,7804
			30	53,41	► 1,7804
02270889	<i>Riva-Alendronate</i>	Riva	4	7,12	► 1,7804
			100	178,04	► 1,7804
02288109	<i>Sandoz Alendronate</i>	Sandoz	4	7,12	► 1,7804
02261715	<i>Teva-Alendronate</i>	Teva Can	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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	Sunovion	120	145,00	1,2083
----------	----------	----------	-----	--------	--------

**PAMIDRONATE DISODIQUE** 

Sol. Perf. I.V.

30 mg **PPB**

02244550	Pamidronate Disodique pour injection	Pfizer	1	30,32	
02246597	Pamidronate Disodium Injection	Fresenius	1	30,32	

Sol. Perf. I.V.

60 mg **PPB**

02244551	Pamidronate Disodique pour injection	Pfizer	1	90,36	
02246598	Pamidronate Disodium Injection	Fresenius	1	90,36	
02249677	Pamidronate Disodium Omega	Oméga	1	90,36	

Sol. Perf. I.V.

90 mg **PPB**

02244552	Pamidronate Disodique pour injection	Pfizer	1	90,95	
02246599	Pamidronate Disodium Injection	Fresenius	1	90,95	
02249685	Pamidronate Disodium Omega	Oméga	1	90,95	

**RISÉDRONATE SODIQUE** 

Co.

5 mg

02298376	Teva-Risedronate	Teva Can	30	31,58	1,0527
----------	------------------	----------	----	-------	--------

Co.

30 mg

02298384	Teva-Risedronate	Teva Can	30	177,00	5,9000
----------	------------------	----------	----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
02368552	<i>Jamp-Risedronate</i>	Jamp	4	6,71	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

**92:36****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
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
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:40

**ANTAGONISTES DE LA GONADOLIBÉRINE (GNRH)****CÉTRORÉLIX **

Pd. Inj. S.C.

02247766	<i>Cetrotide</i>	Serono	1	0,25 mg	90,00
----------	------------------	--------	---	---------	-------

**GANIRELIX **

Sol. Inj. S.C. (ser)

02245641	<i>Orgalutran</i>	Organon	1	250 mcg/0,5 mL	94,71
----------	-------------------	---------	---	----------------	-------

92:44

**IMMUNOSUPPRESSEURS****AZATHIOPRINE **

Co.

02242907	<i>Apo-Azathioprine</i>	Apotex	100	50 mg <b>PPB</b>	0,5185
02243371	<i>Azathioprine-50</i>	Pro Doc	100	24,05	<b>R</b>
00004596	<i>Imuran</i>	Aspen	100	94,53	0,9453
02236819	<i>Teva-Azathioprine</i>	Teva Can	100	51,85	0,5185
			500	259,25	0,5185

**CYCLOSPORINE **

Caps.

02237671	<i>Neoral</i>	Novartis	60	10 mg	0,6238
----------	---------------	----------	----	-------	--------

Caps.

02495805	<i>Cyclosporine Capsules</i>	Strides	30	25 mg	
02150689	<i>Neoral</i>	Novartis	30	43,50	1,4500
02247073	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	23,61	0,7870

Caps.

02495821	<i>Cyclosporine Capsules</i>	Strides	30	50 mg	
02150662	<i>Neoral</i>	Novartis	30	46,05	1,5350
02247074	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	84,81	2,8270

Caps.

02495813	<i>Cyclosporine Capsules</i>	Strides	30	100 mg	
02150670	<i>Neoral</i>	Novartis	30	169,68	5,6560
02242821	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	92,16	3,0720

Sol. Orale

02150697	<i>Neoral</i>	Novartis	50 ml	100 mg/mL	5,0276
----------	---------------	----------	-------	-----------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### 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	100	37,12	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	

#### MYCOPHÉNOLATE SODIQUE

Co. Ent.

180 mg PPB					
02372738	Apo-Mycophenolic Acid	Apotex	120	119,87	0,9989
02511673	Mar-Mycophenolic Acid	Marcan	120	119,87	0,9989
02518538	Mycophenolic Acid	Jamp	120	119,87	0,9989
02264560	Myfortic	Novartis	120	239,72	1,9977

Co. Ent.

360 mg PPB					
02372746	Apo-Mycophenolic Acid	Apotex	120	239,72	1,9977
02511681	Mar-Mycophenolic Acid	Marcan	120	239,72	1,9977
02518511	Mycophenolic Acid	Jamp	120	239,72	1,9977
02264579	Myfortic	Novartis	120	479,44	3,9953

#### SIROLIMUS

Co.

1 mg					
02247111	Rapamune	Pfizer	100	751,96	7,5196

Sol. Orale

1 mg/mL					
02243237	Rapamune	Pfizer	60 ml	451,16	7,5193

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>TACROLIMUS</b>					
Caps.				0,5 mg	<b>PPB</b>
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	<b>PPB</b>
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	<b>PPB</b>
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	
02296462	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	98,50	1,9700
Caps. L.A.				1 mg	
02296470	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	124,97	2,4994
Caps. L.A.				3 mg	
02331667	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	374,91	7,4982
Caps. L.A.				5 mg	
02296489	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	624,92	12,4984
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
<b>92:92</b>					
<b>AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES</b>					
<b>BÉTAÏNE (ANHYDRE)</b>					
Pd. Orale				1 g/1,7 mL	
02238526	<i>Cystadane</i>	RRDC	180 g	839,93	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) **

CO L.A.

02238441	Zyban <sup>4</sup>	Bausch H.	100	150 mg 84,86	0,8486
----------	--------------------	-----------	-----	-----------------	--------

**CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE) **

Co.

00704431	Androcur	Bayer	60	50 mg 84,00	PPB ► 1,4000
02245898	Cyprotérone	AA Pharma	100	140,00	► 1,4000
02390760	Med-Cyproterone	GMP	60	84,00	► 1,4000
			100	140,00	► 1,4000
02395797	Riva-Cyproterone	Riva	60	84,00	► 1,4000

**LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE) **

Sol. Inj. S.C. (ser)

02283395	Somatuline Autogel	Ipsen	1	60 mg/0,3 mL 1102,00	
----------	--------------------	-------	---	-------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

02283409	Somatuline Autogel	Ipsen	1	90 mg/0,3 mL 1470,00	
----------	--------------------	-------	---	-------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

02283417	Somatuline Autogel	Ipsen	1	120 mg/0,5 mL 1840,00	
----------	--------------------	-------	---	--------------------------	--

**OCTRÉOTIDE (ACÉTATE D') **

Sol. Inj.

02248639	Octréotide Acétate Oméga	Oméga	1 ml	50 mcg/mL 4,01	PPB ►
00839191	Sandostatin	Novartis	1 ml	5,05	

Sol. Inj.

02248640	Octréotide Acétate Oméga	Oméga	1 ml	100 mcg/mL 7,56	PPB ►
00839205	Sandostatin	Novartis	1 ml	9,54	

Sol. Inj.

02248642	Octréotide Acétate Oméga	Oméga	5 ml	200 mcg/mL 72,77	
----------	--------------------------	-------	------	---------------------	--

Susp. Inj. I.M.

02503751	Octréotide pour suspension injectable	Teva Can	1	10 mg 990,70	PPB ►
02239323	Sandostatin LAR	Novartis	1	1211,00	

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Susp. Inj. I.M.

02503778	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	1	20 mg PPB ► 1279,94	
02239324	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1	1615,40	

Susp. Inj. I.M.

02503786	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	1	30 mg PPB ► 1642,14	
02239325	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1	2022,00	

PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE) 

Caps.

02029448	<i>Elmiron</i>	Janss. Inc	100	100 mg 131,40	1,3140
----------	----------------	------------	-----	------------------	--------

## **MÉDICAMENTS D'EXCEPTION**



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

### MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

#### ABATACEPT

Pd. Perf. I.V.

02282097	Orencia	B.M.S.	1	250 mg 459,61	
----------	---------	--------	---	------------------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)	02402475	Orencia	B.M.S.	125 mg/mL (1 mL) 4 1378,83	344,7075
----------------------	----------	---------	--------	----------------------------------	----------

#### ABÉMACICLIB

Co.

02487098	Verzenio	Lilly	28	50 mg 2757,20	98,4714
----------	----------	-------	----	------------------	---------

Co.

02487101	Verzenio	Lilly	28	100 mg 2799,17	99,9704
----------	----------	-------	----	-------------------	---------

Co.

02487128	Verzenio	Lilly	28	150 mg 2757,20	98,4714
----------	----------	-------	----	-------------------	---------

#### ABIRATÉRONE (ACÉTATE D')

Co.

02491397	Apo-Abiraterone	Apotex	60	250 mg PPB 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
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.

02525380	Abiraterone	Jamp	60	500 mg PPB 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
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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ABIRATÉRONE (ACÉTATE D') - CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE SENSIBLE À LA CASTRATION**

**R**

Co.

*	99114372	Apo-Abiraterone	Apotex	60	250 mg	PPB	459,38	7,6563
+	99114393	pms-Abiraterone	Phmscience	120			918,76	7,6563
+	99114395	Sandoz Abiraterone	Sandoz	120			918,76	7,6563

Co.

*	99114373	Apo-Abiraterone	Apotex	60	500 mg	PPB	918,75	15,3125
+	99114392	pms-Abiraterone	Phmscience	60			918,75	15,3125
+	99114394	Sandoz Abiraterone	Sandoz	60			918,75	15,3125

**ABOBOTULINUMTOXINA**

**R**

Pd. Inj.

02460203	Dysport Therapeutic	Ipsen	1	300 U	
----------	---------------------	-------	---	-------	--

Pd. Inj.

02456117	Dysport Therapeutic	Ipsen	1	500 U	
----------	---------------------	-------	---	-------	--

**ABROCITINIB**

**R**

Co.

02528363	Cibinjo	Pfizer	30	50 mg	
----------	---------	--------	----	-------	--

Co.

02528371	Cibinjo	Pfizer	30	100 mg	
----------	---------	--------	----	--------	--

Co.

02528398	Cibinjo	Pfizer	30	200 mg	
----------	---------	--------	----	--------	--

**ACALABRUTINIB**

**R**

Caps.

02491788	Calquence	AZC	60	100 mg	
----------	-----------	-----	----	--------	--

Co.

02535696	Calquence	AZC	60	100 mg	
----------	-----------	-----	----	--------	--

**ACAMPROSATE**

**R**

Co. L.A.

02293269	Campral	Mylan	84	333 mg	
----------	---------	-------	----	--------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ACIDE OBÉTICHOIQUE R**

Co.

02463121	Ocaliva	Intercept	30	5 mg 2958,90	98,6301
----------	---------	-----------	----	-----------------	---------

Co.

02463148	Ocaliva	Intercept	30	10 mg 2958,90	98,6301
----------	---------	-----------	----	------------------	---------

**ADALIMUMAB R**

Sol. Inj. S.C.

02511061	Abrilada (seringue)	Pfizer	2	50 mg/mL (0,4 mL) 471,27	235,6350
02459310	Amgevita (seringue)	Amgen	1	235,64	
02502380	Hulio (seringue)	BGP Pharma	2	471,27	235,6350
02505258	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.

02511053	Abrilada (seringue)	Pfizer	2	50 mg/mL (0,8 mL) 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)	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
02502402	Hulio (stylo)	BGP Pharma	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.

02542315	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	100 mg/mL (0,2 mL) 471,27	235,6350
----------	--------------------	--------	---	------------------------------	----------

Sol. Inj. S.C.

02533472	Hadlima (seringue)	Organon	2	100 mg/mL (0,4 mL) 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.					
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>	Celtrion	1	942,54	
02535084	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celtrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400
ADALIMUMAB (COLITE ULCÉREUSE-ENFANTS) 					
Sol. Inj. S.C.					
50 mg/mL (0,4 mL)					
99114205	<i>Abrialada (seringue)</i>	Pfizer	2	471,27	235,6350
99114130	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	1	235,64	
99114162	<i>Hulio (seringue)</i>	BGP Pharma	2	471,27	235,6350
Sol. Inj. S.C.					
50 mg/mL (0,8 mL)					
99114200	<i>Abrialada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114201	<i>Abrialada (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
99114161	<i>Hulio (seringue)</i>	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
99114163	<i>Hulio (stylo)</i>	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
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>	BGP Pharma	2	471,27	235,6350
99114048	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	471,27	235,6350
Sol. Inj. S.C.					
50 mg/mL (0,8 mL)					
99114033	<i>Abrialada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114034	<i>Abrialada (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>	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
99114043	<i>Hulio (stylo)</i>	BGP Pharma	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.					
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	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
			6	2827,62	471,2700
99114233	<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.					
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
<b>ADALIMUMAB (UVÉITE) </b>					
Sol. Inj. S.C.					
99114206	<i>Abriada (seringue)</i>	Pfizer	2	471,27	235,6350
99114101	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	1	235,64	
99114104	<i>Hulio (seringue)</i>	BGP Pharma	2	471,27	235,6350
99114107	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	471,27	235,6350
Sol. Inj. S.C.					
99114208	<i>Abriada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114204	<i>Abriada (stylo)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114102	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114103	<i>Amgevita (stylo)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114229	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114230	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114105	<i>Hulio (seringue)</i>	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
99114106	<i>Hulio (stylo)</i>	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
99114108	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114109	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114266	<i>Idacio (seringue)</i>	Fresenius	2	942,54	471,2700
99114268	<i>Idacio (stylo)</i>	Fresenius	2	942,54	471,2700
Sol. Inj. S.C.					
99114304	<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.					
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.					
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
<b>ADÉFOVIR DIPIVOXIL</b>					
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
<b>AFATINIB (DIMALÉATE D')</b>					
Co.				20 mg PPB	
* 02415666	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000
+ 02512777	<i>Sandoz AFAtinib</i>	Sandoz	30	1743,26	58,1088
Co.				30 mg PPB	
* 02415674	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000
+ 02512785	<i>Sandoz AFAtinib</i>	Sandoz	30	1743,26	58,1088
Co.				40 mg PPB	
* 02415682	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000
+ 02512793	<i>Sandoz AFAtinib</i>	Sandoz	30	1743,26	58,1088
<b>AFLIBERCEPT</b>					
Sol. Inj.				40 mg/mL (0,278 mL)	
02415992	<i>Eylea</i>	Bayer	1	1418,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. (ser) 02505355	Eylea	Bayer	40 mg/mL (0,177 mL) 1	1418,00	
<b>AFLIBERCEPT 8 MG</b> Sol. inj. + 02545004	Eylea HD	Bayer	114 mg/mL (0,263 mL) 1	1250,00	
<b>ALECTINIB (CHLORHYDRATE D')</b> Caps. 02458136	Alecensaro	Roche	150 mg 240	10119,99	42,1666
<b>ALEMTUZUMAB</b> Sol. Perf. I.V. 02418320	Lemtrada	Genzyme	10 mg/mL (1,2 mL) 1	9970,00	
<b>ALGLUCOSIDASE ALPHA</b> Pd. Perf. I.V. 02284863	Myozyme	Genzyme	50 mg 1	840,31	
<b>ALIROCUMAB</b> Sol. Inj. S.C. 02453819	Praluent (styl)	SanofiAven	75 mg/mL 2	512,42	256,2100
Sol. Inj. S.C. 02453835	Praluent (styl)	SanofiAven	150 mg/mL 2	512,42	256,2100
<b>ALISKIRÈNE</b> Co. 02302063	Rasilez	Noden	150 mg 28	32,31	1,1539
Co. 02302071	Rasilez	Noden	300 mg 28	32,31	1,1539
<b>ALITRÉTINOÏNE</b> Caps. 02477440 02337649	Hanzema Toctino	Dr Reddy's Janss. Inc	30 mg PPB 30 30	509,60 532,71	16,9868 17,7570

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ALOGLIPTINE (BENZOATE D') **

Co.

02417189	Nesina	Takeda	28	6,25 mg 58,80	2,1000
----------	--------	--------	----	------------------	--------

Co.

02417197	Nesina	Takeda	28	12,5 mg 58,80	2,1000
----------	--------	--------	----	------------------	--------

Co.

02417200	Nesina	Takeda	28	25 mg 58,80	2,1000
----------	--------	--------	----	----------------	--------

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

Co.

02417219	Kazano	Takeda	56	12,5 mg - 500 mg 64,12	1,1450
----------	--------	--------	----	---------------------------	--------

Co.

02417227	Kazano	Takeda	56	12,5 mg - 850 mg 64,12	1,1450
----------	--------	--------	----	---------------------------	--------

Co.

02417235	Kazano	Takeda	56	12,5 mg - 1000 mg 64,12	1,1450
----------	--------	--------	----	----------------------------	--------

**AMBRISENTAN **

Co.

02475375	Apo-Ambrisentan	Apotex	30	5 mg <b>PPB</b> 938,20	31,2732
02521938	Jamp Ambrisentan	Jamp	30	938,20	31,2732
02526875	Sandoz Ambrisentan	Sandoz	30	938,20	31,2732
02307065	Tablets Volibris	GSK	30	3600,00	120,0000

Co.

02475383	Apo-Ambrisentan	Apotex	30	10 mg <b>PPB</b> 938,20	31,2732
02521946	Jamp Ambrisentan	Jamp	30	938,20	31,2732
02526883	Sandoz Ambrisentan	Sandoz	30	938,20	31,2732
02307073	Tablets Volibris	GSK	30	3600,00	120,0000

**AMIFAMPRIDINE **

Co.

02503034	Ruzurgi	Medunik	100	10 mg 2000,00	20,0000
----------	---------	---------	-----	------------------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**AMIFAMPRIDINE (PHOSPHATE D') □**

Co.				10 mg	
02502984	<i>Firdapse</i>	Kye Pharma	240	4320,00	18,0000

**AMLODIPINE (BÉSYLATE D') □**

Sol. Orale				1 mg/mL	
02484706	<i>pdp-AMLODIPINE</i>	Pendopharm	150 ml	175,00	1,1667

**AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D') ◇**

Caps. L.A.				5 mg	PPB	
02248808	<i>Adderall XR</i>	Takeda	100	205,78		2,0578
02445492	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	53,72	►	0,5372
02457288	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	53,72	►	0,5372
02439239	<i>Teva-Amphetamine XR</i>	Teva Can	100	53,72	►	0,5372

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ANIFROLUMAB **

Sol. Perf. I.V.

02522845	Saphnelo	AZC	1	150 mg/mL (2 mL)	1687,21
----------	----------	-----	---	------------------	---------

**APALUTAMIDE **

Co.

02478374	Erleada	Janss. Inc	120	60 mg	3401,40	28,3450
----------	---------	------------	-----	-------	---------	---------

Co.

02540185	Erleada	Janss. Inc	30	240 mg	3401,40	113,3800
----------	---------	------------	----	--------	---------	----------

**APIXABAN **

Co.

				2,5 mg	PPB	
02487713	ACH-Apixaban	Accord	60	24,50	►	0,4084
02529912	AG-Apixaban	Angita	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02530708	Apixaban	Sivem	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02487381	Apo-Apixaban	Apotex	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02486806	Auro-Apixaban	AuroPharma	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02527979	Bio-Apixaban	Biomed	60	24,50	►	0,4084
			180	73,51	►	0,4084
02377233	Eliquis	B.M.S.	60	96,00		1,6000
02528924	Jamp Apixaban	Jamp	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02529009	M-Apixaban	Mantra Ph.	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02492369	Mar-Apixaban	Marcan	60	24,50	►	0,4084
			180	73,51	►	0,4084
02495430	Mint-Apixaban	Mint	60	24,50	►	0,4084
02492814	NAT-Apixaban	Natco	60	24,50	►	0,4084
02526050	NRA-Apixaban	Nora	60	24,50	►	0,4084
02546884	NRA-Apixaban	Nora	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02530724	Pro-Apixaban	Pro Doc	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02525518	Riva Apixaban	Riva	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02489228	Sandoz Apixaban SDZ	Sandoz	60	24,50	►	0,4084
			500	204,20	►	0,4084
02510464	Taro-Apixaban	Sun Pharma	60	24,50	►	0,4084
02484994	Teva-Apixaban	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
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>	Aurobindo	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02527987	<i>Bio-Apixaban</i>	Biomed	60	24,00	► 0,4000
			180	72,00	► 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
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

**APREMILAST** 

Co.

10 mg (4 co.) - 20 mg (4 co.) - 30 mg (19 co.) PPB

02524120	<i>Auro-Apremilast (Emballage de départ)</i>	Aurobindo	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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02538180	<i>Apo-Apremilast</i>	Apotex	56	793,97	30 mg PPB 14,1780
02524104	<i>Auro-Apremilast</i>	Aurobindo	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.

02298791	<i>Emend</i>	Merck	2	60,36	80 mg 30,1800
----------	--------------	-------	---	-------	------------------

Caps.

02298805	<i>Emend</i>	Merck	6	181,08	125 mg 30,1800
----------	--------------	-------	---	--------	-------------------

Caps.

02298813	<i>Emend Tri-Pack</i>	Merck	3	90,54	125mg (1 caps.) et 80mg (2 caps.)
----------	-----------------------	-------	---	-------	-----------------------------------

**ASCIMINIB**

Co.

02528320	<i>Scemblix</i>	Novartis	60	3780,00	20 mg 63,0000
----------	-----------------	----------	----	---------	------------------

Co.

02528339	<i>Scemblix</i>	Novartis	60	5100,00	40 mg 85,0000
----------	-----------------	----------	----	---------	------------------

**ATOGÉPANT**

Co.

02533979	<i>Quilpta</i>	AbbVie	30	553,20	10 mg 18,4400
----------	----------------	--------	----	--------	------------------

Co.

02533987	<i>Quilpta</i>	AbbVie	30	553,20	30 mg 18,4400
----------	----------------	--------	----	--------	------------------

Co.

02533995	<i>Quilpta</i>	AbbVie	30	553,20	60 mg 18,4400
----------	----------------	--------	----	--------	------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D') P**

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

**AXITINIB**

Co.

02389630	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	1116,00	18,6000
----------	---------------	--------	----	---------	---------

Co.

02389649	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	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
----------	---------------	---------	---	-------------------	-----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>AZÉLAÏQUE (ACIDE) </b>					
Gel Top.				15 %	
02270811	Finacea	Leo	50 g	30,00	0,6000
<b>AZTRÉONAM </b>					
Sol. pour Inh.				75 mg	
02329840	Cayston	Gilead	84	3561,51	42,3989
<b>BARICITINIB </b>					
Co.				2 mg	
02480018	Olumiant	Lilly	30	1385,79	46,1930
<b>BÉLIMUMAB </b>					
Pd. Perf. I.V.				120 mg	
02370050	Benlysta	GSK	1	221,76	
Pd. Perf. I.V.				400 mg	
02370069	Benlysta	GSK	1	739,20	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				200 mg/ml (1 mL)	
02470489	Benlysta	GSK	4	1564,38	
<b>BELZUTIFAN </b>					
Co.				40 mg	
02528908	Welireg	Merck	90	19199,70	213,3300
<b>BENRALIZUMAB </b>					
Sol. Inj. S.C. (ser)				30 mg/mL (1 mL)	
02473232	Fasenra	AZC	1	3876,92	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				30 mg/mL (1 mL)	
02496135	Fasenra Pen	AZC	1	3876,92	
<b>BÉROTRALSTAT </b>					
Caps.				150 mg	
+ 02527693	Orladeyo	Biocryst	28	23800,00	850,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**BIMEKIZUMAB**

Sol. Inj. S.C.

02525267	<i>Bimzelx (seringue)</i>	U.C.B.	2	160 mg/mL (1 mL) 3250,00	1625,0000
02525275	<i>Bimzelx (stylo)</i>	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000

**BINIMÉTINIB**

Co.

02513080	<i>Mektovi</i>	Pfizer	180	15 mg 6570,00	36,5000
----------	----------------	--------	-----	------------------	---------

**BISACODYL**

Co. Ent.

02273411	<i>Bisacodyl-Odan</i>	Odan	100	5 mg PPB 4,05	0,0405
02246039	<i>Jamp-Bisacodyl</i>	Jamp	1000	40,50	0,0405

Supp.

02458845	<i>Bisacodyl</i>	Cellchem	10	5 mg PPB 4,27	0,4267
02410893	<i>Bisacodyl Suppository 5 mg</i>	Jamp	3	1,28	0,4267

Supp.

02520478	<i>AMB-Bisacodyl</i>	Ambicare	10	10 mg PPB 4,21	0,4206
02458853	<i>Bisacodyl</i>	Cellchem	100	42,06	0,4206
02361450	<i>Bisacodyl Suppository</i>	Jamp	10	4,21	0,4206
			100	42,06	0,4206

**BOSENTAN**

Co.

02466538	<i>Bio-Bosentan</i>	Biomed	56	62,5 mg PPB 898,50	16,0446
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
02386275	<i>Sandoz Bosentan</i>	Sandoz	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.

02466546	<i>Bio-Bosentan</i>	Biomed	56	125 mg PPB 898,50	16,0446
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
02386283	<i>Sandoz Bosentan</i>	Sandoz	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>BRIGATINIB</b> 					
Co.				30 mg	
02479206	Alunbrig	Takeda	28	3145,00	112,3214
Co.				90 mg	
02479214	Alunbrig	Takeda	28	9435,00	336,9643
Co.				180 mg	
02479222	Alunbrig	Takeda	28	9435,00	336,9643
Trousse (orale solide)				90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.)	
02479230	Alunbrig	Takeda	1	9435,00	
<b>BRIVARACÉTAM</b> 					
Co.				10 mg PPB	
+ 02538679	Apo-Brivaracetam	Apotex	60	194,40	3,2400
* 02452936	Briviera	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				25 mg PPB	
+ 02538687	Apo-Brivaracetam	Apotex	60	194,40	3,2400
* 02452944	Briviera	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				50 mg PPB	
+ 02538695	Apo-Brivaracetam	Apotex	60	129,60	2,1600
+ 02539292	Auro-Brivaracetam	Aurobindo	60	129,60	2,1600
* 02452952	Briviera	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				75 mg PPB	
+ 02538709	Apo-Brivaracetam	Apotex	60	194,40	3,2400
* 02452960	Briviera	U.C.B.	60	259,20	4,3200
Co.				100 mg PPB	
+ 02538717	Apo-Brivaracetam	Apotex	60	129,60	2,1600
+ 02539306	Auro-Brivaracetam	Aurobindo	60	129,60	2,1600
* 02452979	Briviera	U.C.B.	60	259,20	4,3200
<b>BRODALUMAB</b> 					
Sol. Inj. S.C.				140 mg/mL (1,5 mL)	
02473623	Siliq (seringue)	Bausch H.	2	1290,00	645,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>BUPRÉNORPHINE </b>					
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	
<b>BUROSUMAB </b>					
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	
<b>CABERGOLINE </b>					
Co.				0,5 mg PPB	
02455897	<i>Apo-Cabergoline</i>	Apotex	8	89,86	11,2325
02242471	<i>Dostinex</i>	Paladin	8	105,72	13,2150
<b>CABOZANTINIB </b>					
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
<b>CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) </b>					
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Mousse Top. 02457393	Enstilar	Leo	50 mcg/g -0,5 mg/g 60 g	84,22	
-------------------------	----------	-----	----------------------------	-------	--

Pom. Top. 02244126 02427419	Dovobet Teva-Betamethasone/ Calcipotriol	Leo Teva Can	50 mcg/g -0,5 mg/g 120 g 60 g 120 g	PPB 151,60 64,43 128,86	1,2633 1,0738 1,0738
-----------------------------------	--	-----------------	--	----------------------------------	----------------------------

#### CALCIUM (CARBONATE DE)

Mousse orale 80057859	Pluscal	Medelys	500 mg/6 g 180 g	13,50	
--------------------------	---------	---------	---------------------	-------	--

#### CALCIUM (CITRATE DE)

Pd. Orale 80104213	MCal Citrate poudre	Mantra Ph.	500 mg/sachet 30	32,50	1,0833
-----------------------	---------------------	------------	---------------------	-------	--------

#### Sol. Orale

80106659 80068122 80054756	AG-Calcium Citrate Liquid Jamp-Calcium Citrate liq. MCal Citrate liquide	Angita Jamp Mantra Ph.	500 mg/15 mL 450 ml 450 ml 450 ml	PPB 32,50 32,50 32,50	0,0722 0,0722 0,0722
----------------------------------	--	------------------------------	--	--------------------------------	----------------------------

#### CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Pd. Orale 80106098	MCal Citrate poudre D 1000	Mantra Ph.	500 mg - 1 000 UI/sachet 30	34,50	1,1500
-----------------------	----------------------------	------------	--------------------------------	-------	--------

#### Sol. Orale

80007347	Jamp Calcium Citrate Liq. D400	Jamp	500 mg - 400 UI/15 mL 450 ml	34,50	0,0767
----------	-----------------------------------	------	---------------------------------	-------	--------

#### Sol. Orale

80106657 80068124 80049201	AG-Calcium Citrate Liquid D 1000 Jamp-Calcium Citrate liq. D1000 MCal Citrate liquide D1000	Angita Jamp Mantra Ph.	500 mg - 1000 UI/15 mL 450 ml 450 ml 450 ml	PPB 34,50 34,50 34,50	0,0767 0,0767 0,0767
----------------------------------	---	------------------------------	--	--------------------------------	----------------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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 1500 ml	15,60 66,06	0,0446 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 1500 ml	16,33 69,99	0,0467 0,0467

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 700 ml	16,33 32,69	0,0467 0,0467

**CANAGLIFLOZINE**

Co.

			100 mg		
02425483	<i>Invokana</i>	Janss. Inc	30	78,53	2,6177

Co.

			300 mg		
02425491	<i>Invokana</i>	Janss. Inc	30	78,53	2,6177

**CAPTEUR DEXCOM G6**

Capteur

			3		
99113874	<i>Dexcom G6</i>	Dexcom	3	299,00	99,6667

**CAPTEUR DEXCOM G7**

Capteur

			1		
99114362	<i>Dexcom G7</i>	Dexcom	1	75,00	

**CAPTEUR FREESTYLE LIBRE**

Capteur

			1		
99101399	<i>FreeStyle Libre</i>	Ab Diabete	1	89,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2 **

Capteur

99114031	FreeStyle Libre 2	Ab Diabete	1	89,00	
----------	-------------------	------------	---	-------	--

**CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE**

Sol. Oph.

02049260	Refresh plus	AbbVie	30	0,5 % (0,4 mL) 8,85	0,2950
----------	--------------	--------	----	------------------------	--------

Sol. Oph.

00870153	Refresh Celluvisc	AbbVie	30	1 % (0,4 mL) 9,58	0,3193
----------	-------------------	--------	----	----------------------	--------

**CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE**

Sol. Oph.

02231008	Refresh tears	AbbVie	15 ml	0,5 % 6,25	
----------	---------------	--------	-------	---------------	--

**CARIPRAZINE **

Caps.

02526794	Vraylar	AbbVie	30	1,5 mg 147,00	4,9000
----------	---------	--------	----	------------------	--------

Caps.

02526808	Vraylar	AbbVie	30	3 mg 147,00	4,9000
----------	---------	--------	----	----------------	--------

Caps.

02526816	Vraylar	AbbVie	30	4,5 mg 147,00	4,9000
----------	---------	--------	----	------------------	--------

Caps.

02526824	Vraylar	AbbVie	30	6 mg 147,00	4,9000
----------	---------	--------	----	----------------	--------

**CASPOFONGINE (ACÉTATE DE) **

Pd. Inj. I.V.

02244265	Cancidas	Merck	1	50 mg PPB 222,00	
02486989	Caspofungine pour injection	Fresenius	1	► 166,50	
02460947	Caspofungine pour injection	Juno	1	► 166,50	

Pd. Inj. I.V.

02244266	Cancidas	Merck	1	70 mg PPB 222,00	
02486997	Caspofungine pour injection	Fresenius	1	► 166,50	
02460955	Caspofungine pour injection	Juno	1	► 166,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**CEFTOBIPROLE** 

Pd. Perf. I.V.

02446685	Zevtera	Avir	1 10	500 mg 58,40 584,00	58,4000
----------	---------	------	---------	---------------------------	---------

**CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM** 

Pd. Inj. I.V.

02446901	Zerbaxa	Merck	10	1 g - 0,5 g 1366,30	136,6300
----------	---------	-------	----	------------------------	----------

**CÉRITINIB** 

Caps.

02436779	Zykadia	Novartis	150	150 mg 7800,00	52,0000
----------	---------	----------	-----	-------------------	---------

**CERTOLIZUMAB PEGOL** 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02331675	Cimzia	U.C.B.	2	200 mg/ml (1 ml) 1262,56	631,2800
----------	--------	--------	---	-----------------------------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02465574	Cimzia	U.C.B.	2	200 mg/ml (1 ml) 1262,56	631,2800
----------	--------	--------	---	-----------------------------	----------

**CHORIOGONADOTROPINE ALPHA** 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02262088	Ovidrel	Serono	1	250 mcg 72,00	
----------	---------	--------	---	------------------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02371588	Ovidrel	Serono	1	250 mcg/0,5 mL 72,00	
----------	---------	--------	---	-------------------------	--

**CINACALCET (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

02452693	Apo-Cinacalcet	Apotex	30	30 mg 82,25	PPB 2,7418
02478900	Auro-Cinacalcet	AuroPharma	30	82,25	2,7418
02524880	Cinacalcet	Sanis	30	82,25	2,7418
02500094	Jamp Cinacalcet	Jamp	30	82,25	2,7418
02480298	Mar-Cinacalcet	Marcan	30	82,25	2,7418
02481987	M-Cinacalcet	Mantra Ph.	30	82,25	2,7418
02434539	Mylan-Cinacalcet	Mylan	30	82,25	2,7418
02517604	pms-Cinacalcet	Phmscience	30	82,25	2,7418
02499355	Priva-Cinacalcet	Pharmapar	30	82,25	2,7418
02257130	Sensipar	Amgen	30	323,52	10,7840
02441624	Teva-Cinacalcet	Teva Can	30	82,25	2,7418

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			60 mg	PPB	
02452707	Apo-Cinacalcet	Apotex	30	149,99	► 4,9995
02478919	Auro-Cinacalcet	AuroPharma	30	149,99	► 4,9995
02500108	Jamp Cinacalcet	Jamp	30	149,99	► 4,9995
02480301	Mar-Cinacalcet	Marcan	30	149,99	► 4,9995
02481995	M-Cinacalcet	Mantra Ph.	30	149,99	► 4,9995
02434547	Mylan-Cinacalcet	Mylan	30	149,99	► 4,9995
02517612	pms-Cinacalcet	Phmscience	30	149,99	► 4,9995
02499363	Priva-Cinacalcet	Pharmapar	30	149,99	► 4,9995
02257149	Sensipar	Amgen	30	589,81	19,6603
02441632	Teva-Cinacalcet	Teva Can	30	149,99	► 4,9995

Co.

			90 mg	PPB	
02452715	Apo-Cinacalcet	Apotex	30	218,26	► 7,2752
02478943	Auro-Cinacalcet	AuroPharma	30	218,26	► 7,2752
02500116	Jamp Cinacalcet	Jamp	30	218,26	► 7,2752
02480328	Mar-Cinacalcet	Marcan	30	218,26	► 7,2752
02482002	M-Cinacalcet	Mantra Ph.	30	218,26	► 7,2752
02434555	Mylan-Cinacalcet	Mylan	30	218,26	► 7,2752
02517620	pms-Cinacalcet	Phmscience	30	218,26	► 7,2752
02499371	Priva-Cinacalcet	Pharmapar	30	218,26	► 7,2752
02257157	Sensipar	Amgen	30	858,43	28,6143
02441640	Teva-Cinacalcet	Teva Can	30	218,26	► 7,2752

**CLADRIBINE** 

Co.

			10 mg		
02470179	Mavenclad	Serono	1	3082,70	3082,7000
			4	12330,80	

**CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)** 

Cr. Vag.

			20 mg/g		
02060604	Dalacin	Paladin	40 g	26,26	

**COBIMÉTINIB** 

Co.

			20 mg		
02452340	Cotellic	Roche	63	7567,00	120,1111

**CODÉINE (PHOSPHATE DE)** 

Sir.

			25 mg/5 mL		
00050024	Codéine	Atlas	500 ml	31,39	0,0628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE) P**

Co.

02494051	Apo-Colesevelam	Apotex	180	625 mg <b>PPB</b>	
02373955	Lodalis	Bausch H.	180	106,76 198,00	0,5931 1,1000

**COLLAGÉNASE P**

Pom. Top.

02063670	Santyl	S. & N.	30 g	250 U/g	
				87,50	2,9167

**CRIZOTINIB P**

Caps.

02384256	Xalkori	Pfizer	60	200 mg	
				7800,00	130,0000

Caps.

02384264	Xalkori	Pfizer	60	250 mg	
				7800,00	130,0000

**CYANOCOBALAMINE**

Co. L.A.

80106052	AG-Vitamin B12 ER	Angita	500	1200 mcg <b>PPB</b>	
80075338	Alta-B12	Altamed	500	52,50	0,1050
80025207	Beduzil	Orimed	500	52,50	0,1050
80091185	Bio-Vitamine B12	Biomed	500	52,50	0,1050
80061573	Euro-B12 LA	Sandoz	500	52,50	0,1050
80126981	i-Vitamin B12 ER	InfoPharma	500	52,50	0,1050
80021427	Jamp-Vitamine B12 L.A.	Jamp	500	52,50	0,1050
80042834	M-B12 1200 mcg L.A.	Mantra Ph.	500	52,50	0,1050
80062941	Opus Vitamine B12 L.A.	Opus	500	52,50	0,1050
+ 80091214	Riva-Vitamine B12	Riva	500	52,50	0,1050

Co. L.A.

80043158	Beduzil 1500	Orimed	500	1500 mcg	
				52,50	0,1050

Sol. Orale

80026092	Jamp-Vitamine B12	Jamp	350 ml	200 mcg/mL	
				12,50	0,0357

**CYCLOSPORINE P**

Emuls. oph.

02476835	Restasis MultiDose	AbbVie	7 ml	0,05 %	
				183,62	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Emuls. oph.</b>					
02355655	Restasis	AbbVie	30	49,99	1,6663
02462486	Teva-Cyclosporine	Teva Can	60	219,12	3,6520
			30	49,99	1,6663
<b>Sol. Oph.</b>					
02484137	Verkazia	Santen	30	110,00	3,6667
<b>CYSTÉAMINE</b> 					
Sol. Oph.					
02485605	Cystadrops	RRDC	5 ml	1986,00	0,37 %
<b>CYSTÉAMINE (BITARTRATE DE)</b> 					
Caps. L.A.					
02464705	Procysbi	Horizon Ph	60	357,22	25 mg
02464713	Procysbi	Horizon Ph	250	4465,25	75 mg
					17,8610
<b>DABIGATRAN ETEXILATE</b> 					
Caps.					
02468905	Apo-Dabigatran	Apotex	60	75,24	110 mg PPB
02312441	Pradaxa	Bo. Ing.	60	96,00	1,2540
					1,6000
Caps.					
02468913	Apo-Dabigatran	Apotex	60	75,24	150 mg PPB
02358808	Pradaxa	Bo. Ing.	60	96,00	1,2540
					1,6000
<b>DABRAFÉNIB (MÉSYLATE DE)</b> 					
Caps.					
02409607	Tafinlar	Novartis	120	5066,67	50 mg
					42,2223
Caps.					
02409615	Tafinlar	Novartis	120	7600,00	75 mg
					63,3333
<b>DALBAVANCINE (CHLORHYDRATE DE)</b> 					
Pd. Perf. I.V.					
02480522	Xydalba	Paladin	1	957,17	500 mg

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-Dapagliflozine</i>	Apotex	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02531402	<i>Auro-Dapagliflozin</i>	Aurobindo	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-Dapagliflozine</i>	Apotex	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02531410	<i>Auro-Dapagliflozin</i>	Aurobindo	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/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

02536153	Apo-Dapaglifozin-Metformin	Apotex	5 mg -850 mg	PPB	
02533073	Auro-Dapagliflozin/ Metformin	Aurobindo	60	38,59	0,6432
02449935	Xigduo	AZC	60	38,59	0,6432
			500	321,60	0,6432
			60	73,50	1,2250

Co.

02536161	Apo-Dapaglifozin-Metformin	Apotex	5 mg -1000 mg	PPB	
02533081	Auro-Dapagliflozin/ Metformin	Aurobindo	60	38,59	0,6432
02449943	Xigduo	AZC	60	38,59	0,6432
			100	64,32	0,6432
			60	73,50	1,2250

**DARBÉPOÉTINE ALFA **

Seringue

02392313	Aranesp	Amgen	10 mcg/0,4 mL		
			4	107,20	26,8000

Seringue

02392321	Aranesp	Amgen	20 mcg/0,5 mL		
			4	214,40	53,6000

Seringue

02392348	Aranesp	Amgen	30 mcg/0,3 mL		
			4	321,60	80,4000

Seringue

02391740	Aranesp	Amgen	40 mcg/0,4 mL		
			4	428,80	107,2000

Seringue

02391759	Aranesp	Amgen	50 mcg/0,5 mL		
			4	536,00	134,0000

Seringue

02392356	Aranesp	Amgen	60 mcg/0,3 mL		
			4	643,20	160,8000

Seringue

02391767	Aranesp	Amgen	80 mcg/0,4 mL		
			4	857,60	214,4000

Seringue

02391775	Aranesp	Amgen	100 mcg/0,5 mL		
			4	1072,00	268,0000

Seringue

02391783	Aranesp	Amgen	130 mcg/0,65 mL		
			4	1393,60	348,4000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue 02391791	Aranesp	Amgen	150 mcg/0,3 mL 4	1608,00	402,0000
Seringue 02391805	Aranesp	Amgen	200 mcg/0,4 mL 1	536,00	
Seringue 02391821	Aranesp	Amgen	300 mcg/0,6 mL 1	828,00	
Seringue 02392364	Aranesp	Amgen	500 mcg/1,0 mL 1	1380,00	
<b>DAROLUTAMIDE</b>					
Co. 02496348	Nubeqa	Bayer	300 mg 120	3401,28	28,3440
<b>DARUNAVIR</b>					
Co. 02487241 02486121 02521342 02522284	Apo-Darunavir Auro-Darunavir Darunavir M-Darunavir	Apotex AutoPharma Jamp Mantra Ph.	600 mg PPB 60	257,82 257,82 257,82 257,82	4,2970 4,2970 4,2970 4,2970
<b>DASATINIB</b>					
Co. 02470705 02514737 02293129 02499282 02478307	Apo-Dasatinib Reddy-Dasatinib Sprycel Taro-Dasatinib Teva-Dasatinib	Apotex Dr Reddy's B.M.S. Taro Teva Can	20 mg PPB 30 60 60 60	290,14 580,28 2195,08 580,28 290,14 580,28	9,6713 9,6713 36,5847 9,6713 9,6713 9,6713
Co. 02470713 02514745 02293137 02499304 02478315	Apo-Dasatinib Reddy-Dasatinib Sprycel Taro-Dasatinib Teva-Dasatinib	Apotex Dr Reddy's B.M.S. Taro Teva Can	50 mg PPB 30 60 60 30 60	583,93 1167,85 4390,13 1167,85 583,93 1167,85	19,4642 19,4642 73,1688 19,4642 19,4642 19,4642

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

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

Co.

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

**DENOSUMAB**

Sol. Inj. S.C.

02545764	<i>Wyost</i>	Sandoz	1	120 mg/1,7 mL	312,00
----------	--------------	--------	---	---------------	--------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02545411	<i>Jubbonti</i>	Sandoz	1	60 mg/mL	194,70
----------	-----------------	--------	---	----------	--------

**DEUCRAVACITINIB**

Co.

* 02533030	<i>Sotyktu</i>	B.M.S.	28	6 mg	1104,60	39,4500
			90		3550,50	39,4500

**DEXAMÉTHASONE**

Implant Intravitréen

02363445	<i>Ozurdex</i>	AbbVie	1	0,7 mg	1295,00
----------	----------------	--------	---	--------	---------

**DICLOFÉNAC SODIQUE**

Sol. Oph.

02441020	<i>Apo-Diclofenac Ophthalmic</i>	Apotex	5 ml	0,1 %	PPB	6,20
02475065	<i>Diclofenac</i>	Stulln	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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>	Aurobindo	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

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>	Aurobindo	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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**DOCUSATE DE CALCIUM**

Caps.

02283255	Jamp-Docusate Calcium	Jamp	250	240 mg 20,40	0,0816
----------	-----------------------	------	-----	-----------------	--------

**DOCUSATE DE SODIUM**

Caps.

			100 mg	PPB	
02500019	AG-Docusate Sodium	Angita	1000	25,00 ➡	0,0250
02465329	Alta-Docusate Sodium	Altamed	1000	25,00 ➡	0,0250
00716731	Docusate Sodique	Taro	100	2,50 ➡	0,0250
			1000	25,00 ➡	0,0250
02326086	Docusate sodium	Pro Doc	1000	25,00 ➡	0,0250
02426838	Docusate sodium	Sanis	1000	25,00 ➡	0,0250
02247385	Euro-Docusate	Sandoz	1000	25,00 ➡	0,0250
02376121	Jamp Docusate S Oblong	Jamp	1000	25,00 ➡	0,0250
02245946	Jamp-Docusate Sodium	Jamp	1000	25,00 ➡	0,0250
02437317	M-Docusate Sodium	Mantra Ph.	1000	25,00 ➡	0,0250
02530538	NRA-Docusate Sodium	Nora	1000	25,00 ➡	0,0250
00703494	pms-Docusate Sodium	Phmscience	100	2,50 ➡	0,0250
			1000	25,00 ➡	0,0250
00870196	ratio-Docusate Sodium	Ratiopharm	1000	25,00 ➡	0,0250
00514888	Selax	Odan	1000	25,00 ➡	0,0250

Sir.

			20 mg/5 mL	PPB	
02238283	Docusate de Sodium	Atlas	225 ml	4,95 ➡	0,0220
00870226	ratio-Docusate Sodium	Ratiopharm	500 ml	5,95 ➡	0,0119
			500 ml	5,95 ➡	0,0119

Sir.

			50 mg/mL		
02283220	Jamp-Docusate Sodium	Jamp	500 ml	429,19	0,8584

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) ■**

Co.

			5 mg	PPB	
02432684	<i>AG-Donepezil</i>	Angita	100	45,86 ➡	0,4586
02362260	<i>Apo-Donepezil</i>	Apotex	100	45,86 ➡	0,4586
02232043	<i>Aricept</i>	Pfizer	30	141,67 ➡	4,7223
02400561	<i>Auro-Donepezil</i>	AuroPharma	30	13,76 ➡	0,4586
			100	45,86 ➡	0,4586
02412853	<i>Bio-Donepezil</i>	Biomed	30	13,76 ➡	0,4586
			100	45,86 ➡	0,4586
02402645	<i>Donepezil</i>	Accord	100	45,86 ➡	0,4586
02416417	<i>Donepezil</i>	Pro Doc	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-Donepezil Tablets</i>	Jamp	30	13,76 ➡	0,4586
			100	45,86 ➡	0,4586
02402092	<i>Mar-Donepezil</i>	Marcan	30	13,76 ➡	0,4586
			100	45,86 ➡	0,4586
02467453	<i>M-Donepezil</i>	Mantra Ph.	100	45,86 ➡	0,4586
02408600	<i>Mint-Donepezil</i>	Mint	100	45,86 ➡	0,4586
02439557	<i>NAT-Donepezil</i>	Natco	100	45,86 ➡	0,4586
02535386	<i>NRA-Donepezil</i>	Nora	100	45,86 ➡	0,4586
02322331	<i>pms-Donepezil</i>	Phmscience	100	45,86 ➡	0,4586
02446669	<i>Priva-Donepezil</i>	Pharmapar	100	45,86 ➡	0,4586
			500	229,30 ➡	0,4586
02328666	<i>Sandoz Donepezil</i>	Sandoz	100	45,86 ➡	0,4586
02381508	<i>Taro-Donepezil</i>	Sun Pharma	100	45,86 ➡	0,4586
			500	229,30 ➡	0,4586
02340607	<i>Teva-Donepezil</i>	Teva Can	100	45,86 ➡	0,4586

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			10 mg	PPB	
02432692	<i>AG-Donepezil</i>	Angita	100	45,86	0,4586
02362279	<i>Apo-Donepezil</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-Donepezil</i>	AuroPharma	30	13,76	0,4586
			100	45,86	0,4586
02412861	<i>Bio-Donepezil</i>	Biomed	30	13,76	0,4586
			100	45,86	0,4586
02402653	<i>Donepezil</i>	Accord	100	45,86	0,4586
02416425	<i>Donepezil</i>	Pro Doc	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-Donepezil Tablets</i>	Jamp	30	13,76	0,4586
			100	45,86	0,4586
02402106	<i>Mar-Donepezil</i>	Marcan	30	13,76	0,4586
			100	45,86	0,4586
02467461	<i>M-Donepezil</i>	Mantra Ph.	100	45,86	0,4586
02408619	<i>Mint-Donepezil</i>	Mint	100	45,86	0,4586
02439565	<i>NAT-Donepezil</i>	Natco	100	45,86	0,4586
02535394	<i>NRA-Donepezil</i>	Nora	100	45,86	0,4586
02322358	<i>pms-Donepezil</i>	Phmscience	100	45,86	0,4586
02446677	<i>Priva-Donepezil</i>	Pharmapar	100	45,86	0,4586
			500	229,30	0,4586
02328682	<i>Sandoz Donepezil</i>	Sandoz	100	45,86	0,4586
02381516	<i>Taro-Donepezil</i>	Sun Pharma	100	45,86	0,4586
			500	229,30	0,4586
02340615	<i>Teva-Donepezil</i>	Teva Can	30	13,76	0,4586
			100	45,86	0,4586

**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.

150 mg/mL (2 mL)					
02470365	<i>Dupixent (seringue)</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550
02510049	<i>Dupixent (stylo)</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			175 mg/mL (1,14 mL)		
02492504	Dupixent (seringue)	SanofiAven	2	1876,71	938,3550
02524252	Dupixent (stylo)	SanofiAven	2	1876,71	938,3550
<b>ÉCULIZUMAB</b> 			10 mg/mL (30 mL)		
Sol. Perf. I.V.					
02322285	Soliris	Alexion	1	6675,30	
<b>ÉDARAVONE</b> 			0,3 mg/mL (100 mL)		
Sol. Perf. I.V.					
02475472	Radicava	Mitsubishi	2	920,00	
Susp. Orale			105 mg/5 mL		
02532611	Radicava	Mitsubishi	50 ml 70 ml	9200,00 12880,00	184,0000 184,0000
<b>ÉDOXABAN</b> 			15 mg		
Co.					
02458640	Lixiana	Servier	30	85,20	2,8400
Co.			30 mg		
02458659	Lixiana	Servier	30	85,20	2,8400
Co.			60 mg		
02458667	Lixiana	Servier	30	85,20	2,8400
<b>ÉLÉXACFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ)</b> 					
Trousse (orale solide)			50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg		
02526670	Trikafta	Vertex	84	23520,00	
Trousse (orale solide)			80 mg - 40 mg - 60 mg et 59,5 mg		
02542285	Trikafta	Vertex	56	23520,00	
Trousse (orale solide)			100 mg - 50 mg - 75 mg - 150 mg		
02517140	Trikafta	Vertex	84	23520,00	
Trousse (orale solide)			100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg		
02542277	Trikafta	Vertex	56	23520,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ELTROMBOPAG** 

Co.

02506742	Apo-Eltrombopag	Apotex	28	25 mg PPB	44,6250
02361825	Revolade	Novartis	14	735,00	52,5000
			28	1470,00	52,5000

Co.

02506769	Apo-Eltrombopag	Apotex	28	50 mg PPB	89,2500
02361833	Revolade	Novartis	14	1470,00	105,0000
			28	2940,00	105,0000

**ÉMETTEUR DEXCOM G6** 

Émetteur

99113875	Dexcom G6	Dexcom	1	29,00	
----------	-----------	--------	---	-------	--

**EMPAGLIFLOZINE** 

Co.

02443937	Jardiance	Bo. Ing.	30	10 mg	2,6177
			90	78,53 235,59	2,6177

Co.

02443945	Jardiance	Bo. Ing.	30	25 mg	2,6177
			90	78,53 235,59	2,6177

**EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

02456575	Synjardy	Bo. Ing.	60	5 mg - 500 mg	1,3500
----------	----------	----------	----	---------------	--------

Co.

02456583	Synjardy	Bo. Ing.	60	5 mg - 850 mg	1,3500
----------	----------	----------	----	---------------	--------

Co.

02456591	Synjardy	Bo. Ing.	60	5 mg - 1000 mg	1,3500
----------	----------	----------	----	----------------	--------

Co.

02456605	Synjardy	Bo. Ing.	60	12,5 mg - 500 mg	1,3500
----------	----------	----------	----	------------------	--------

Co.

02456613	Synjardy	Bo. Ing.	60	12,5 mg - 850 mg	1,3500
----------	----------	----------	----	------------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 02456621	Synjardy	Bo. Ing.	12,5 mg - 1000 mg 60	81,00	1,3500
<b>ENCORAFÉNIB</b>				75 mg	
Caps. 02513099	Braftovi	Pfizer	120 180	6030,00 9045,00	50,2500 50,2500
<b>ENFUVIRTIDE</b>				108 mg	
Pd. Inj. S.C. 02247725	Fuzeon	Roche	60	2385,60	39,7600
<b>ENTRECTINIB</b>				100 mg	
Caps. 02495007	Rozlytrek	Roche	30	1430,00	47,6667
Caps. 02495015	Rozlytrek	Roche	90	8580,00	95,3333
<b>ENZALUTAMIDE</b>				40 mg	
Caps. 02407329	Xtandi	Astellas	120	3401,40	28,3450
<b>ÉPLÉRÉNONE</b>				25 mg PPB	
Co. 02323052 02543389 02471442	Inspira Jamp Eplerenone Mint-Eplerenone	BGP Pharma Jamp Mint	30 30 90 90	76,69 41,19 123,57 123,57	2,5563 1,3730 1,3730 1,3730
Co. 02323060 02543397 02471450	Inspira Jamp Eplerenone Mint-Eplerenone	BGP Pharma Jamp Mint	30 30 90 90	76,69 41,19 123,57 123,57	2,5563 1,3730 1,3730 1,3730
<b>ÉPOÉTINE ALFA</b>				1 000 UI/0,5 mL	
Seringue 02231583	Eprex	Janss. Inc	6	85,50	14,2500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue 02231584	Eprex	Janss. Inc	2 000 UI/0,5 mL 6	171,00	28,5000
Seringue 02231585	Eprex	Janss. Inc	3 000 UI/0,3 mL 6	256,50	42,7500
Seringue 02231586	Eprex	Janss. Inc	4 000 UI/0,4 mL 6	342,00	57,0000
Seringue 02243400	Eprex	Janss. Inc	5 000 UI/0,5 mL 6	427,50	71,2500
Seringue 02243401	Eprex	Janss. Inc	6 000 UI/0,6 mL 6	513,00	85,5000
Seringue 02243403	Eprex	Janss. Inc	8 000 UI/0,8 mL 6	684,00	114,0000
Seringue 02231587	Eprex	Janss. Inc	10 000 UI/1,0 mL 6	803,70	133,9500
Seringue 02243239	Eprex	Janss. Inc	20 000 UI/0,5 mL 1	278,52	
Seringue 02288680	Eprex	Janss. Inc	30 000 UI/0,75 mL 1	357,19	
Seringue 02240722	Eprex	Janss. Inc	40 000 UI/mL (1 mL) 1	417,77	
<b>ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE □</b>					
Pd. Inj. 02397447 02230845	Caripul Flolan	Janss. Inc GSK	0,5 mg PPB 1 1	17,18 18,13	
Pd. Inj. 02397455 02230848	Caripul Flolan	Janss. Inc GSK	1,5 mg PPB 1 1	34,45 36,26	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**EPTINÉZUMAB** 

Sol. Perf. I.V.

02510839	Vyepti	Lundbeck	1	100 mg/mL (1 mL)	1665,00
----------	--------	----------	---	------------------	---------

Sol. Perf. I.V.

02542269	Vyepti	Lundbeck	1	100 mg/mL (3 mL)	1665,00
----------	--------	----------	---	------------------	---------

**ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D')** 

Co.

02461870	Apo-Erlotinib	Apotex	30	100 mg PPB	396,00	►	13,2000
02483920	NAT-Erlotinib	Natco	30		396,00	►	13,2000
02454386	pms-Erlotinib	Phmscience	30		396,00	►	13,2000
02269015	Tarceva	Roche	30		1600,00		53,3333
02377705	Teva-Erlotinib	Teva Can	30		396,00	►	13,2000

Co.

02461889	Apo-Erlotinib	Apotex	30	150 mg PPB	594,00	►	19,8000
02483939	NAT-Erlotinib	Natco	30		594,00	►	19,8000
02454394	pms-Erlotinib	Phmscience	30		594,00	►	19,8000
02269023	Tarceva	Roche	30		2400,00		80,0000
02377713	Teva-Erlotinib	Teva Can	30		594,00	►	19,8000

**ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')** 

Co.

02426862	Aptiom	Sunovion	30	200 mg	286,80		9,5600
----------	--------	----------	----	--------	--------	--	--------

Co.

02426870	Aptiom	Sunovion	30	400 mg	286,80		9,5600
----------	--------	----------	----	--------	--------	--	--------

Co.

02426889	Aptiom	Sunovion	60	600 mg	573,60		9,5600
----------	--------	----------	----	--------	--------	--	--------

Co.

02426897	Aptiom	Sunovion	30	800 mg	286,80		9,5600
----------	--------	----------	----	--------	--------	--	--------

**ESTRADIOL-17B** 

Timbre cut.

02247499	Climara-25	Bayer	4	0,025 mg/24 h (4) et (8) PPB	19,67		4,9175
02245676	Estradot	Sandoz	8		20,04		2,5050
02243722	Oesclim 25	Search Phm	8		19,28	►	2,4100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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
<b>ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) </b>					
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
<b>ÉTANERCEPT </b>					
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	964,00	241,0000
02455331	<i>Brenzys (stylo)</i>	Organon	4	964,00	241,0000
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>Rynti (seringue)</i>	Lupin	4	944,72	236,1800
02530309	<i>Rynti (stylo)</i>	Lupin	4	944,72	236,1800
<b>ÉTRAVIRINE </b>					
Co.				100 mg	
02306778	<i>Intelence</i>	Janss. Inc	120	671,40	5,5950

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 02375931	<i>Intelence</i>	Janss. Inc	60	200 mg 654,00	10,9000
<b>ÉVÉROLIMUS </b>					
Co.				2,5 mg <b>PPB</b>	
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
02492911	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	30	1519,91	50,6635
02463229	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	30	1519,91	50,6635
Co.				5 mg <b>PPB</b>	
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 <b>PPB</b>	
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
<b>ÉVOLOCUMAB </b>					
Sol. Inj. S.C. (stylo)				140 mg/mL (1 mL)	
02446057	<i>Repatha</i>	Amgen	2	503,82	251,9100
<b>EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES </b>					
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**FARICIMAB** 

Sol. Inj.

02527618	Vabysmo	Roche	1	120 mg/mL (0,24 mL)	1350,00
----------	---------	-------	---	---------------------	---------

**FEBUXOSTAT** 

Co.

			80 mg	PPB	
02533243	Auro-Febeuxostat	Aurobindo	30	11,93 ➡	0,3975
			100	39,75 ➡	0,3975
02539837	Febuxostat	Sanis	100	39,75 ➡	0,3975
02490870	Jamp-Febeuxostat	Jamp	30	11,93 ➡	0,3975
02473607	Mar-Febeuxostat	Marcan	100	39,75 ➡	0,3975
02466198	Teva-Febeuxostat	Teva Can	100	39,75 ➡	0,3975
02357380	Uloric	Takeda	30	47,70 ➡	1,5900

**FÉDRATINIB** 

Caps.

02502445	Inrebic	Celgene	120	100 mg	84,3930
----------	---------	---------	-----	--------	---------

**FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)** 

Co. L.A.

			4 mg	PPB	
02521768	Sandoz Fesoterodine Fumarate	Sandoz	30	33,75 ➡	1,1250
02380021	Toviaz	Pfizer	100	112,50 ➡	1,1250

Co. L.A.

			8 mg	PPB	
02521776	Sandoz Fesoterodine Fumarate	Sandoz	30	33,75 ➡	1,1250
02380048	Toviaz	Pfizer	100	112,50 ➡	1,1250

**FIDAXOMICINE** 

Co.

02387174	Dificid	Merck	20	200 mg	79,2000
----------	---------	-------	----	--------	---------

**FILGRASTIM** 

Sol. inj.

02485591	Nivestym	Pfizer	10	300 mcg/mL (1,0 mL)	1385,38
----------	----------	--------	----	---------------------	---------

Sol. inj.

02485656	Nivestym	Pfizer	10	300 mcg/mL (1,6mL)	221,6640
----------	----------	--------	----	--------------------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. (ser)					
02441489	<i>Grastofil</i>	Apotex	1 10	138,53 1385,30	138,5300
02485575	<i>Nivestym</i>	Pfizer	1 10	138,54 1385,38	138,5376
02520990	<i>Nypozi</i>	Tanvex	1 10	138,53 1385,30	138,5300
600 mcg/mL (0,5 mL)					
Sol. Inj. (ser)					
02454548	<i>Grastofil</i>	Apotex	1 10	221,66 2216,60	221,6600
02485583	<i>Nivestym</i>	Pfizer	1 10	221,66 2216,64	221,6640
02521008	<i>Nypozi</i>	Tanvex	1 10	221,66 2216,60	221,6600
600 mcg/mL (0,8 mL)					
<b>FINÉRÉNONE</b>					
Co.					
02531917	<i>Kerendia</i>	Bayer	90	293,08	3,2564
10 mg					
Co.					
02531925	<i>Kerendia</i>	Bayer	90	293,08	3,2564
20 mg					
<b>FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Caps.					
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
0,5 mg <b>PPB</b>					
<b>FLUCONAZOLE</b>					
Susp. Orale					
02024152	<i>Diflucan</i>	Pfizer	35 ml	33,65	0,9614
50 mg/5 mL					
<b>FOLLITROPINE ALPHA</b>					
Pd. Inj.					
02248154	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	70,88	75 UI

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02270404	Gonal-f	Serono	1	300 UI 283,50	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02270390	Gonal-f	Serono	1	450 UI 425,25	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02270382	Gonal-f	Serono	1	900 UI 850,50	
<b>FOLLITROPINE BÊTA</b>					
Cartouche 02243948	Puregon	Organon	1	300 UI 291,00	
Cartouche 99100718	Puregon	Organon	1	600 UI 582,00	
Cartouche 99100637	Puregon	Organon	1	900 UI 873,00	
<b>FOLLITROPINE DELTA</b>					
Cartouche 02474093	Rekovel	Ferring	1	12 mcg 178,00	
Cartouche 02474085	Rekovel	Ferring	1	36 mcg 536,00	
Cartouche 02474077	Rekovel	Ferring	1	72 mcg 1073,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02487462	Rekovel	Ferring	1	12 mcg/0,36 mL 178,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02487470	Rekovel	Ferring	1	36 mcg/1,08 mL 536,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02487489	Rekovel	Ferring	1	72 mcg/2,16 mL 1073,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE )/ BUDÉSONIDE** 

Pd. pour Inh.

02245385	Symbicort 100 Turbuhaler	AZC	6 mcg -100 mcg/dose 120 dose(s)	62,50
----------	--------------------------	-----	------------------------------------	-------

Pd. pour Inh.

02245386	Symbicort 200 Turbuhaler	AZC	6 mcg -200 mcg/dose 120 dose(s)	81,25
----------	--------------------------	-----	------------------------------------	-------

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

Aéro. oral

02518058	Breztri Aerosphere	AZC	5,0 mcg - 160 mcg - 7,2 mcg /dose 120 dose(s)	127,00
----------	--------------------	-----	--	--------

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

Aéro. oral

02361752	Zenhale	Organon	5 mcg - 100 mcg 120 dose(s)	78,00
----------	---------	---------	--------------------------------	-------

Aéro. oral

02361760	Zenhale	Organon	5 mcg - 200 mcg 120 dose(s)	96,00
----------	---------	---------	--------------------------------	-------

**FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE**

Liq.

99113795	KetoCal 4:1 (toutes saveurs)	Nutricia	237 mL à 250 mL suppl.	27	145,00	5,3704
99113796	KetoVie 4:1 chocolat	Ajinomoto		30	176,50	5,8833
99114005	KetoVie 4:1 non aromatisé	Ajinomoto		30	169,76	5,6587
99113797	KetoVie 4:1 vanille	Ajinomoto		30	162,92	5,4307

**FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE** 

Pd. Orale

99113792	KetoCal 4:1	Nutricia	300 g suppl.	6	180,00	30,0000
----------	-------------	----------	--------------	---	--------	---------

**FORMULE NUTRITIVE CÉTOGÈNE (ALLERGIE AUX PROTÉINES DE LAIT OU DE SOYA)**

Liq.

99114030	KetoVie 4:1 LQ Plant Based Protein	Ajinomoto	250 mL suppl.	30	267,07	8,9023
----------	------------------------------------	-----------	---------------	----	--------	--------

**FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE)**

Liq.

99113949	KetoVie Peptide 4:1	Ajinomoto	250 mL suppl.	30	267,07	8,9023
----------	---------------------	-----------	---------------	----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ**

Pd. Orale

99101093	SolCarb	Medica	6	454 g suppl.	59,94	9,9900
----------	---------	--------	---	--------------	-------	--------

**FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE**

Liq.

99100217	Triglycérides à chaîne moyenne	Nestlé H.S	946 ml	suppl.	36,71	
----------	--------------------------------	------------	--------	--------	-------	--

**FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASEINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)**

Liq.

99100206	Alimentum	Abbott	1	237 mL suppl.	1,41	
----------	-----------	--------	---	---------------	------	--

Pd. Orale Péd.

99100532	Nutramigen A+	M.J.	1	454 g suppl.	18,46	
99100533	Pregestimil A+	M.J.	1		23,18	

Pd. Orale Péd.

99101338	Nutramigen A+ LGG	M.J.	561 g	561 g suppl.	25,00	
----------	-------------------	------	-------	--------------	-------	--

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

Pd. Orale

99114374	Modilac Expert Riz	F.Savencia	400 g	400 g suppl.	18,65	
----------	--------------------	------------	-------	--------------	-------	--

**FORMULE NUTRITIVE - INSUFFISANCE RÉNALE (ENFANT)**

Liq.

99114311	Renastep	Vitaflor	15	200 mL suppl.	138,45	9,2300
----------	----------	----------	----	---------------	--------	--------

Pd.

99113884	Renastart	Vitaflor	6	400 g suppl.	253,65	42,2750
----------	-----------	----------	---	--------------	--------	---------

**FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO**

Pd. Orale

00881201	Portagen	M.J.	1	410 g suppl.	20,22	
----------	----------	------	---	--------------	-------	--

**FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE**

Pd. Orale

99000229	Vivonex Pédiatrique	Nestlé H.S	6	48,7 g/sachet suppl.	39,42	6,5700
----------	---------------------	------------	---	----------------------	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Orale 00921017	Vivonex Plus	Nestlé H.S	79,5 g/ sac. suppl. 6	39,39	6,5650
Pd. Orale 00861464	Tolerex	Nestlé H.S	80 g/sac. suppl. 6	28,02	4,6700
Pd. Orale 00895229	Vivonex T.E.N.	Nestlé H.S	80,4 g/sac. suppl. 10	78,34	7,8340
Pd. Orale Péd. 99114278	Alfamino Junior	Nestlé H.S	400 g suppl. 6	362,66	60,4433

#### FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)

Liq.			237 mL suppl.		
99100463	Neocate Splash	Nutricia	27	178,76	6,6207
Pd. Orale Péd.			400 g suppl.		
99114069	EquaCare Jr (toutes saveurs)	Ajinomoto	6	242,06	40,3433
99114004	Essential Care Jr (toutes saveurs)	Ajinomoto	6	280,26	46,7100
99100892	Neocate avec DHA et ARA	Nutricia	4	199,28	49,8198
99004402	Neocate Junior	Nutricia	4	191,23	47,8075
99100790	Neocate Junior avec fibres	Nutricia	4	184,00	46,0000
99100715	PurAmino A+	M.J.	1	51,66	
99101278	PurAmino A+ Junior	M.J.	1	47,22	

#### FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS

Liq.			1 L suppl.		
99003635	Compleat 1.06	Nestlé H.S	1	7,45	
99114340	Glucerna 1.2 Cal	Abbott	8	64,48	8,0600
99100703	Nepro	Abbott	1	8,01	
99100462	TwoCal HN	Abbott	1	9,84	

Liq.			1,5 L suppl.		
99004496	Isosource Fibres 1.0 HP	Nestlé H.S	1	12,15	
99000202	Isosource Fibres 1.2	Nestlé H.S	1	12,38	
99004127	Isosource Fibres 1.5	Nestlé H.S	1	13,10	
99100645	Jevity 1 cal	Abbott	1	10,63	
99100402	Jevity 1,5 Cal	Abbott	1	15,10	
99003600	Jevity 1,2 cal	Abbott	1	12,09	
99100042	Resource pour diabétiques 1.05	Nestlé H.S	1	9,79	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Liq.

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	2,42	
00801194	<i>Isosource Fibres 1.2</i>	Nestlé H.S	1	2,06	
99004135	<i>Isosource Fibres 1.5</i>	Nestlé H.S	1	2,18	
99000482	<i>Jevity 1 cal</i>	Abbott	1	1,65	
99100417	<i>Jevity 1,5 Cal</i>	Abbott	1	2,38	
99003392	<i>Jevity 1.2 cal</i>	Abbott	1	1,89	
99100702	<i>Nepro</i>	Abbott	1	1,90	
99003414	<i>Nutren Junior Fibres 1.0</i>	Nestlé H.S	1	1,54	
99001381	<i>Pediasure avec fibres</i>	Abbott	1	1,56	
99005050	<i>Pediasure Plus avec fibres</i>	Abbott	1	2,35	
99100216	<i>Resource Essentiels</i>	Nestlé H.S	1	2,56	
	<i>Jeunesse 1,5</i>				
99002019	<i>Resource pour diabétiques</i>	Nestlé H.S	1	1,63	
	<i>1.05</i>				
99002647	<i>Suplena</i>	Abbott	1	2,00	

**FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS (INTOLÉRANCE OU ALLERGIE)**

Liq.

99114000	<i>Compleat 1.5</i>	Nestlé H.S	6	127,41	21,2350
----------	---------------------	------------	---	--------	---------

Liq.

99113857	<i>Compleat 1.5</i>	Nestlé H.S	24	127,41	5,3088
99113858	<i>Compleat 1.5 Junior</i>	Nestlé H.S	24	127,41	5,3088

**FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS**

Liq.

99100395	<i>Isosource 2.0</i>	Nestlé H.S	1	9,42	
99100244	<i>Novasource Renal</i>	Nestlé H.S	1	8,87	

Liq.

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	
99004216	<i>Osmolite 1.2 cal</i>	Abbott	1	8,08	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Liq.

00898708	Boost 1.5	Nestlé H.S	1	1,62	
99114086	Ensure Plus	Abbott	1	1,45	
99000512	Isosource 1.2	Nestlé H.S	1	1,43	
00907766	Isosource 1.5	Nestlé H.S	1	1,79	
99003546	Novasource Renal	Nestlé H.S	1	2,21	
99003406	Nutren Junior 1.0	Nestlé H.S	1	1,54	
99004224	Osmolite 1.2 cal	Abbott	1	1,25	
99000474	Pediasure	Abbott	1	1,56	
99001543	Promote	Abbott	1	1,36	
99003554	Resource 2.0	Nestlé H.S	1	2,11	
99004690	TwoCal HN	Abbott	1	2,32	

**FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS - USAGE SPÉCIFIQUE**

Pd. Orale

400 g suppl.

99100792	Modulen	Nestlé H.S	1	27,10	
----------	---------	------------	---	-------	--

**FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)**

Pd. Orale Péd.

363 g suppl.

99100122	Enfamil Enfacare A+	M.J.	1	14,45	
99100123	Similac Neosure	Abbott	1	14,41	

**FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE**

Pd. Orale

227 g suppl.

99003783	Beneprotein	Nestlé H.S	6	101,40	16,9000
----------	-------------	------------	---	--------	---------

**FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE**

Liq.

1 L suppl.

99002922	Peptamen 1.5	Nestlé H.S	1	40,69	
99100826	Peptamen AF 1.2	Nestlé H.S	1	49,76	
+ 99114404	Pivot 1.5 Cal	Abbott	8	306,88	38,3600
99101178	Vital Peptide 1.5 Cal	Abbott	1	28,88	

Liq.

1,5 L suppl.

99100094	Peptamen avec Prebio 1	Nestlé H.S	1	39,90	
----------	------------------------	------------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Liq.

99101181	<i>PediaSure Peptide 1 Cal</i>	Abbott	1	2,49	
00908444	<i>Peptamen</i>	Nestlé H.S	1	6,65	
99003031	<i>Peptamen 1.5</i>	Nestlé H.S	1	10,17	
99100309	<i>Peptamen AF 1.2</i>	Nestlé H.S	1	12,44	
99004631	<i>Peptamen avec Prebio 1</i>	Nestlé H.S	1	6,65	
99000296	<i>Peptamen Junior</i>	Nestlé H.S	1	6,65	
99100789	<i>Peptamen Junior 1.5</i>	Nestlé H.S	1	9,98	
+ 99114403	<i>Pivot 1.5 Cal</i>	Abbott	24	218,19	9,0913
99101182	<i>Vital Peptide 1 Cal</i>	Abbott	1	4,39	
99101183	<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i>	Abbott	1	6,35	

220 mL à 250 mL suppl.

**FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE**

Liq.

99101234	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	1 L suppl.	
----------	---------------------------------------	------------	---	------------	--

1 L suppl.

Liq.

99101235	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	250 mL suppl.	
----------	---------------------------------------	------------	---	---------------	--

250 mL suppl.

**FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA** 

Sol. Perf. S. C.

240 mg/mL - 12 mg/mL (10 mL)

02537702	<i>Vyalev</i>	AbbVie	7	1188,67	169,8100
----------	---------------	--------	---	---------	----------

150 mg/mL (1,5 mL)

**FRÉMANEZUMAB** 

Sol. Inj. S.C.

02497859	<i>Ajovy (seringue)</i>	Teva Innov	1	535,72	
02509474	<i>Ajovy (stylo)</i>	Teva Innov	1	535,72	

150 mg/mL (1,5 mL)

**FULVESTRANT** 

Sol. Inj. I.M. (ser)

50 mg/mL (5 mL) PPB

02248624	<i>Faslodex</i>	AZC	2	1153,11	576,5550
02486792	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Accord	2	582,90	291,4475
+ 02530635	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Jamp	2	582,90	291,4475
02483610	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sandoz	2	582,90	291,4475
02536293	<i>Fulvestrant Injection</i>	Forma Ph	2	582,90	291,4475
02460130	<i>Teva-Fulvestrant Injection</i>	Teva Can	2	582,90	291,4475

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE) **

Caps. L.A.

			8 mg PPB		
02425157	Auro-Galantamine ER	AuroPharma	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475
02443015	Galantamine ER	Sanis	100	114,75	► 1,1475
02339439	Mylan-Galantamine ER	Mylan	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475

Caps. L.A.

			16 mg PPB		
02425165	Auro-Galantamine ER	AuroPharma	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475
02443023	Galantamine ER	Sanis	100	114,75	► 1,1475
02339447	Mylan-Galantamine ER	Mylan	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475

Caps. L.A.

			24 mg PPB		
02425173	Auro-Galantamine ER	AuroPharma	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475
02443031	Galantamine ER	Sanis	100	114,75	► 1,1475
02339455	Mylan-Galantamine ER	Mylan	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475

**GALCANÉZUMAB **

Sol. Inj. S.C.

			120 mg/mL (1 mL)		
02491060	Emgality (seringue)	Lilly	1	554,88	
02491087	Emgality (stylo)	Lilly	1	554,88	

**GÉFITINIB **

Co.

			250 mg PPB		
02468050	Apo-Gefitinib	Apotex	30	1869,15	► 62,3050
02248676	Iressa	AZC	30	2199,00	73,3000
02500663	Jamp Gefitinib	Jamp	30	1869,15	► 62,3050
02491796	Nat-Gefitinib	Natco	30	1869,15	► 62,3050
02487748	Sandoz Gefitinib	Sandoz	30	1869,15	► 62,3050

**GENTAMICINE (SULFATE DE) **

Sol. Inj.

			40 mg/mL		
02242652	Gentamicine Injection	Sandoz	2 ml	15,56	

**GILTÉRITINIB **

Co.

			40 mg		
02495058	Xospata	Astellas	90	24901,62	276,6847

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**GIVOSIRAN** 

Sol. Inj. S.C.

02506343	<i>Givlaari</i>	Alnylam	1	189 mg/mL 64454,30	
----------	-----------------	---------	---	-----------------------	--

**GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)** 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02541440	<i>Acétate de glatiramère injectable</i>	Mylan	30	20 mg/mL (1 mL) 835,76	27,8587
----------	--	-------	----	---------------------------	---------

**GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)** 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02460661	<i>Glatect</i>	Phmscience	30	20 mg/mL (1 mL) 972,00	32,4000
----------	----------------	------------	----	---------------------------	---------

**GLÉCAPRÉVIR/PIBRENTASVIR** 

Trousse (orale solide)

02467550	<i>Maviret</i>	AbbVie	28	100 mg -40 mg 20000,00	714,2857
----------	----------------	--------	----	---------------------------	----------

**GLIMÉPIRIDE** 

Co.

02269589	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	1 mg 11,57	0,3857
----------	---------------------------	--------	----	---------------	--------

Co.

02269597	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	2 mg 11,57	0,3857
----------	---------------------------	--------	----	---------------	--------

Co.

02269619	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	4 mg 11,57	0,3857
----------	---------------------------	--------	----	---------------	--------

**GLYCÉRINE 5**

Supp.

99100357			12		
----------	--	--	----	--	--

**GLYCOPYRRROLATE** 

Sol. Orale

02469332	<i>Cuvposa</i>	Medexus	473 ml	0,2 mg/mL 625,00	1,3214
----------	----------------	---------	--------	---------------------	--------

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
<b>GOLIMUMAB</b>					
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	
Sol. Perf. I.V.				12,5 mg/mL (4 mL)	
02417472	<i>Simponi I.V.</i>	Janss. Inc	1	826,86	
<b>GONADOTROPHINE CHORIONIQUE</b>					
Pd. Inj.				10 000 U	
02247459	<i>Gonadotrophine Chorionique</i>	Fresenius	1	72,00	
02182904	<i>Pregnyl</i>	Organon	1	72,00	
<b>GONADOTROPHINES</b>					
Pd. Inj.				75 UI	
02283093	<i>Menopur</i>	Ferring	5	275,00	55,0000
<b>GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE)</b>					
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
<b>GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Co. L.A.				1 mg	PPB
02523728	<i>Apo-Guanfacine XR</i>	Apotex	30	46,13	1,5375
			100	153,75	1,5375
02409100	<i>Intuniv XR</i>	Takeda	100	300,00	3,0000
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	1,8707
02409119	<i>Intuniv XR</i>	Takeda	100	365,00	3,6500
02523566	<i>Jamp Guanfacine XR</i>	Jamp	100	187,07	1,8707

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Co. L.A.</b>					
02523744	Apo-Guanfacine XR	Apotex	30	3 mg PPB 66,11 ➡	2,2038
			100	220,38 ➡	2,2038
02409127	Intuniv XR	Takeda	100	430,00 ➡	4,3000
02523574	Jamp Guanfacine XR	Jamp	100	220,38 ➡	2,2038
<b>Co. L.A.</b>					
02523752	Apo-Guanfacine XR	Apotex	30	4 mg PPB 76,11 ➡	2,5369
			100	253,69 ➡	2,5369
02409135	Intuniv XR	Takeda	100	495,00 ➡	4,9500
02523582	Jamp Guanfacine XR	Jamp	100	253,69 ➡	2,5369
<b>GUSELKUMAB</b> 					
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02469758	Tremfya	Janss. Inc	1	100 mg/mL (1 mL) 3059,74	
Sol. Inj. S.C. (stylo)					
02487314	Tremfya One-Press	Janss. Inc	1	100 mg/mL (1 mL) 3059,74	
<b>HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE</b> 					
Lot.					
02499967	Duobrii	Bausch H.	100 g	0,01 % - 0,045 % 193,00	
<b>HUILE MINÉRALE</b>					
Liq.					
00704172	Huile Minérale	Atlas	250 ml	100 % 2,15	0,0086
			500 ml	3,11	0,0062
Liq. (Rect.)					
00107875	Fleet Huileux	CB Fleet	130 ml	5,87	
<b>HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE</b>					
Sol. Oph.					
00000809	Alcon Tears	Alcon	15 ml	0,5 % 4,16	
Sol. Oph.					
00000817	Alcon Tears	Alcon	15 ml	1 % 4,70	
<b>HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70</b>					
Sol. Oph.					
00743445	Tears Naturale II	Alcon	15 ml	0,3 % -0,1 % 5,10	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**IBRUTINIB**

Caps.

02434407	<i>Imbruvica</i>	Janss. Inc	90	140 mg 8158,50	90,6500
----------	------------------	------------	----	-------------------	---------

**ICATIBANT (ACÉTATE D')**

Sol. Inj. S.C. (ser)

* 02425696	<i>Firazyr</i>	Takeda	1	10 mg/mL (3 mL) PPB 2700,00	
+ 02547562	<i>Icatibant injectable</i>	Jamp	1	► 2025,00	

**ICOSAPENT ÉTHYLE**

Caps.

02495244	<i>Vascepa</i>	HLS	120	1 g 294,00	2,4500
----------	----------------	-----	-----	---------------	--------

**IDÉLALISIB**

Co.

02438798	<i>Zydelig</i>	Gilead	60	100 mg 5121,00	85,3500
----------	----------------	--------	----	-------------------	---------

Co.

02438801	<i>Zydelig</i>	Gilead	60	150 mg 5121,00	85,3500
----------	----------------	--------	----	-------------------	---------

**IMATINIB (MÉSYLATE D')**

Co.

02490986	<i>ACH-Imatinib</i>	Accord	120	100 mg PPB 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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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

**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
99114287	<i>Mint-Imatinib</i>	Mint	120	624,95	► 5,2079
99114193	<i>NAT-Imatinib</i>	Natco	30	156,24	► 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
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	

**INCOBOTULINUMTOXINA**

Pd. Inj.

			50 U	
02371081	<i>Xeomin</i>	Merz	1	165,00

Pd. Inj.

			100 U	
02324032	<i>Xeomin</i>	Merz	1	330,00

**INDACATÉROL (ACÉTATE D')/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)**

Pd. pour inh. (App.)

150 mcg - 50 mcg - 160 mcg

			30	102,83	
02501244	<i>Enerzair Breezhaler</i>	Valeo			

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE) P**

Pd. pour inh. (App.)

02498685	Aetectura Breezhaler	Valeo	150 mcg - 80 mcg	30	32,19
----------	----------------------	-------	------------------	----	-------

Pd. pour inh. (App.)

02498707	Aetectura Breezhaler	Valeo	150 mcg - 160 mcg	30	40,26
----------	----------------------	-------	-------------------	----	-------

Pd. pour inh. (App.)

02498693	Aetectura Breezhaler	Valeo	150 mcg - 320 mcg	30	55,42
----------	----------------------	-------	-------------------	----	-------

**INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) P**

Pd. pour inh. (App.)

*	02418282	Ultibro Breezhaler	Novartis	110 mcg - 50 mcg/caps.	30	77,49
---	----------	--------------------	----------	------------------------	----	-------

**INFILIXIMAB P**

Pd. Perf. I.V.

02496933	Avsola	Amgen	100 mg	1	493,00	
02419475	Inflectra	Pfizer		1	525,00	
02470373	Renflexis	Organon		1	493,00	

**INFILIXIMAB (REMICADE) P**

Pd. Perf. I.V.

02244016	Remicade	Janss. Inc	100 mg	1	940,00	
----------	----------	------------	--------	---	--------	--

**INOTERSEN P**

Sol. Inj. S.C. (ser)

02481383	Tegsedi	Akcea	189 mg/mL (1,5 mL)	4	32117,37	8029,3437
----------	---------	-------	--------------------	---	----------	-----------

**INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE**

Susp. Inj. S.C.

02265435	NovoMix30	N.Nordisk	30 % - 70 % (3 mL)	5	52,20	
----------	-----------	-----------	--------------------	---	-------	--

**INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE**

Susp. Inj. S.C.

02240294	Humalog Mix 25	Lilly	25 % - 75 % (3mL)	5	51,44	
02403420	Humalog Mix 25 KwikPen	Lilly		5	51,44	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### INTERFÉRON BÊTA-1A

Sol. Inj. I.M.

99100763	Avonex Pen	Biogen	4	30 mcg (6 MUI)	1409,85	352,4625
02269201	Avonex PS	Biogen	4	30 mcg (6 MUI)	1409,85	352,4625

Sol. Inj. S.C.

02318253	Rebif	Serono	4	22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	1434,74	358,6850
----------	-------	--------	---	------------------------	---------	----------

Sol. Inj. S.C.

02318261	Rebif	Serono	4	44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	1746,62	436,6550
----------	-------	--------	---	------------------------	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02237319	Rebif	Serono	3	22 mcg (6 MUI)	358,69	119,5633
----------	-------	--------	---	----------------	--------	----------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02237320	Rebif	Serono	3	44 mcg (12 MUI)	436,66	145,5533
----------	-------	--------	---	-----------------	--------	----------

#### INTERFÉRON BÊTA-1B

Pd. Inj.

02169649	Betaseron	Bayer	15	0,3 mg	1490,39	99,3593
02337819	Extavia	Novartis	45	0,3 mg	4471,17	99,3593
			15	0,3 mg	1490,39	99,3593

#### ISAVUCONAZOLE

Caps.

02483971	Cresemba	Avir	14	100 mg	1103,62	78,8300
----------	----------	------	----	--------	---------	---------

Pd. Perf. I.V.

02483998	Cresemba	Avir	1	200 mg	400,00	
----------	----------	------	---	--------	--------	--

#### IVABRADINE (CHLORHYDRATE D')

Co.

02459973	Lancora	Servier	56	5 mg	47,63	0,8505
----------	---------	---------	----	------	-------	--------

Co.

02459981	Lancora	Servier	56	7,5 mg	87,18	1,5568
----------	---------	---------	----	--------	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**IVACAFTOR**

Trousse (orale solide)

02397412	Kalydeco	Vertex	56	150 mg	23520,00
----------	----------	--------	----	--------	----------

**IXÉKIZUMAB**

Sol. Inj. S.C.

02455110	Taltz (seringue)	Lilly	1	80 mg/mL (1 mL)	1519,00
02455102	Taltz (stylo)	Lilly	1		1519,00

**KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)**

Sol. Oph.

02369362	Acuvail	AbbVie	30	0,45 % (0,4 mL)	7,25	0,2417
			60		14,50	0,2417

Sol. Oph.

01968300	Acular	AbbVie	5 ml	0,5 %	PPB	16,80
			10 ml			33,60
02245821	Ketorolac	AA Pharma	5 ml	►		12,98
			10 ml	►		25,96

**LACOSAMIDE**

Co.

02489287	ACH-Lacosamide	Accord	60	50 mg	PPB	37,88	►	0,6313
02501910	AG-Lacosamide	Angita	100			63,13	►	0,6313
02475332	Auro-Lacosamide	AuroPharma	60			37,88	►	0,6313
02488388	Jamp-Lacosamide	Jamp	100			63,13	►	0,6313
02512874	Lacosamide	Sanis	60			37,88	►	0,6313
02487802	Mar-Lacosamide	Marcan	60			37,88	►	0,6313
02490544	Mint-Lacosamide	Mint	60			37,88	►	0,6313
02499568	NRA-Lacosamide	Nora	60			37,88	►	0,6313
02478196	Pharma-Lacosamide	Phmscience	60			37,88	►	0,6313
02474670	Sandoz Lacosamide	Sandoz	60			37,88	►	0,6313
02472902	Teva-Lacosamide	Teva Can	60			37,88	►	0,6313
02357615	Vimpat	U.C.B.	60			139,20		2,3200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
02487810	<i>Mar-Lacosamide</i>	Marcan	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
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

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
02487829	<i>Mar-Lacosamide</i>	Marcan	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
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

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
02487837	<i>Mar-Lacosamide</i>	Marcan	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
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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>	Ratiopharm	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145

**LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE) **

Co. Croq.

250 mg PPB					
02287145	<i>Fosrenol</i>	Takeda	90	96,38	1,0709
02498731	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	92,06	1,0229

Co. Croq.

500 mg PPB					
02287153	<i>Fosrenol</i>	Takeda	90	192,74	2,1416
02498758	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	184,13	2,0459

Co. Croq.

750 mg PPB					
02287161	<i>Fosrenol</i>	Takeda	90	290,06	3,2229
02498766	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	277,07	3,0786

Co. Croq.

1000 mg PPB					
02287188	<i>Fosrenol</i>	Takeda	90	384,56	4,2729
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

**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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale 02490331	Vitrakvi	Bayer	20 mg/mL (50 mL)	2	4187,00 2093,5000
LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR 	Co. 02432226	Gilead	90 mg -400 mg 28	22333,33	797,6189
<b>LÉNALIDOMIDE </b>					
Caps.			2,5 mg PPB		
02507927	Apo-Lenalidomide	Apotex	21	1729,88	82,3750
02506130	Jamp Lenalidomide	Jamp	21	1729,88	82,3750
02493837	NAT-Lenalidomide	Natco	21	1729,88	82,3750
02484714	Reddy-Lenalidomide	Dr Reddy's	21	1729,88	82,3750
02459418	Revlimid	Celgene	21	6919,50	329,5000
02518562	Sandoz Lenalidomide	Sandoz	21	1729,88	82,3750
02507862	Taro-Lenalidomide	Taro	21	1729,88	82,3750
Caps.			5 mg PPB		
02507935	Apo-Lenalidomide	Apotex	28	2380,00	85,0000
02506149	Jamp Lenalidomide	Jamp	28	2380,00	85,0000
02493845	NAT-Lenalidomide	Natco	28	2380,00	85,0000
02483017	Reddy-Lenalidomide	Dr Reddy's	28	2380,00	85,0000
02304899	Revlimid	Celgene	28	9520,00	340,0000
02518570	Sandoz Lenalidomide	Sandoz	28	2380,00	85,0000
02507870	Taro-Lenalidomide	Taro	28	2380,00	85,0000
Caps.			10 mg PPB		
02507943	Apo-Lenalidomide	Apotex	28	2527,00	90,2500
02506157	Jamp Lenalidomide	Jamp	28	2527,00	90,2500
02493861	NAT-Lenalidomide	Natco	28	2527,00	90,2500
02483025	Reddy-Lenalidomide	Dr Reddy's	28	2527,00	90,2500
02304902	Revlimid	Celgene	28	10108,00	361,0000
02518589	Sandoz Lenalidomide	Sandoz	28	2527,00	90,2500
02507889	Taro-Lenalidomide	Taro	28	2527,00	90,2500
Caps.			15 mg PPB		
02507951	Apo-Lenalidomide	Apotex	21	2005,50	95,5000
02506165	Jamp Lenalidomide	Jamp	21	2005,50	95,5000
02493888	NAT-Lenalidomide	Natco	21	2005,50	95,5000
02483033	Reddy-Lenalidomide	Dr Reddy's	21	2005,50	95,5000
02317699	Revlimid	Celgene	21	8022,00	382,0000
02518597	Sandoz Lenalidomide	Sandoz	21	2005,50	95,5000
02507897	Taro-Lenalidomide	Taro	21	2005,50	95,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Caps.</b>					
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
<b>Caps.</b>					
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
<b>LENVATINIB ►</b>					
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
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
<b>LÉTERMOVIR ►</b>					
Co. 240 mg					
02469375	<i>Prevymis</i>	Merck	28	6684,05	238,7160

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 02469383	Prevymis	Merck	28	480 mg 6684,05	238,7160
Sol. Perf. I.V. 02469367	Prevymis	Merck	1	20 mg/mL (12 mL) 238,72	
Sol. Perf. I.V. 02469405	Prevymis	Merck	1	20 mg/mL (24 mL) 469,09	
<b>LÉVOFLOXACINE</b>					
Sol. pour Inh. 02442302	Quinsair	Horizon	56	100 mg/mL (2,4 mL) 3611,37	64,4887
<b>LINAGLIPTINE</b>					
Co. 02370921	Trajenta	Bo. Ing.	30 90	5 mg 67,50 202,50	2,2500 2,2500
<b>LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Co. 02403250	Jentadueto	Bo. Ing.	60	2,5 mg - 500 mg 71,02	1,1837
Co. 02403269	Jentadueto	Bo. Ing.	60	2,5 mg - 850 mg 71,02	1,1837
Co. 02403277	Jentadueto	Bo. Ing.	60	2,5 mg - 1 000 mg 71,02	1,1837
<b>LINEZOLID</b>					
Co. 02426552 02520354 02422689	Apo-Linezolid Jamp Linezolid Sandoz Linezolid	Apotex Jamp Sandoz	30 20 20	600 mg <b>PPB</b> 579,12 386,08 386,08	19,3041 19,3041 19,3041
Sol. Perf. I.V. 02481278 02243685	Linezolid Injection Zyvoxam	Jamp Pfizer	10 1	2 mg/mL (300 mL) <b>PPB</b> 887,40 99,91	88,7400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**LIRAGLUTIDE **

Sol. Inj. S.C.

02351064	<i>Victoza</i>	N.Nordisk	2 3	6 mg/mL (3 mL)	136,98 205,47
----------	----------------	-----------	--------	----------------	------------------

**LISDEXAMFETAMINE (DIMESYLATE DE) **

Caps.

02546248	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	10 mg <b>PPB</b>	113,85 ➡ 1,1385
02545861	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	113,85 ➡ 1,1385	
02439603	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	201,00	2,0100

Caps.

02546256	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	20 mg <b>PPB</b>	141,61 ➡ 1,4161
02545888	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	141,61 ➡ 1,4161	
02347156	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	224,00	2,2400

Caps.

+ 02546264	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	30 mg <b>PPB</b>	169,38 ➡ 1,6938
02545896	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	169,38 ➡ 1,6938	
02322951	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	251,00	2,5100

Caps.

02546272	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	40 mg <b>PPB</b>	197,15 ➡ 1,9715
02545918	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	197,15 ➡ 1,9715	
02347164	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	278,00	2,7800

Caps.

02546280	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	50 mg <b>PPB</b>	224,91 ➡ 2,2491
02545926	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	224,91 ➡ 2,2491	
02322978	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	305,00	3,0500

Caps.

02546299	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	60 mg <b>PPB</b>	252,68 ➡ 2,5268
02545934	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	252,68 ➡ 2,5268	
02347172	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	331,00	3,3100

**LOMITAPIDE (MÉSYLATE DE) **

Caps.

02420341	<i>Juxtapid</i>	Medison	28	5 mg	29120,00 1040,0000
----------	-----------------	---------	----	------	--------------------

Caps.

02420376	<i>Juxtapid</i>	Medison	28	10 mg	29120,00 1040,0000
----------	-----------------	---------	----	-------	--------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
02420384	Juxtapid	Medison	28	20 mg 29120,00	1040,0000
<b>LORLATINIB</b> 					
Co.					
02485966	Lorbrena	Pfizer	30	25 mg 3373,33	112,4443
Co.					
02485974	Lorbrena	Pfizer	30	100 mg 10120,00	337,3333
<b>LUMASIRAN SODIQUE</b> 					
Sol. Inj. S.C.					
02525755	Oxlumo	Alnylam	1	94,5 mg/0,5 mL 96855,33	
<b>LUSPATERCEPT</b> 					
Pd. Inj. S.C.					
02505541	Reblozyl	B.M.S.	1	25 mg 2189,00	
Pd. Inj. S.C.					
02505568	Reblozyl	B.M.S.	1	75 mg 6567,00	
<b>MACITENTAN</b> 					
Co.					
02415690	Opsumit	Janss. Inc	30	10 mg 3495,00	116,5000
<b>MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)</b>					
Susp. Orale					
00468401	Lait de Magnésie	Atlas	500 ml	400 mg/5 mL 2,49	0,0050
<b>MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')</b> <sup>5</sup>					
Co.					
99002868			50	100 mg -184 mg	
Co.					
99100716			36	200 mg -200 mg	

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. 99002450			300 mg -600 mg 40		
Susp. Orale 99002574			200 mg - 200 mg/5 mL 500 ml		
Susp. Orale 99002442			300 mg -600 mg/5 mL 350 ml		
<b>MARAVIROC</b> 					
Co. 02299844	Celsentri	ViiV	150 mg 60	990,00	16,5000
Co. 02299852	Celsentri	ViiV	300 mg 60	990,00	16,5000
<b>MARIBAVIR</b> 					
Co. 02530740	Livtency	Takeda	200 mg 56	15500,00	276,7857
<b>MAVACAMTEN</b> 					
Caps. 02532549	Camzyos	B.M.S.	2,5 mg 30	1848,00	61,6000
Caps. 02532557	Camzyos	B.M.S.	5 mg 30	1848,00	61,6000
Caps. 02532565	Camzyos	B.M.S.	10 mg 30	1848,00	61,6000
Caps. 02532573	Camzyos	B.M.S.	15 mg 30	1848,00	61,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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>	Sivern	30	13,26	► 0,4420
			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

**MÉPOLIZUMAB □**

Sol. Inj. S.C. (ser)

02530821	<i>Nucala</i>	GSK	1	840,24	
----------	---------------	-----	---	--------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

02492997	<i>Nucala</i>	GSK	1	1938,46	
----------	---------------	-----	---	---------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02492989	<i>Nucala</i>	GSK	1	1938,46	
----------	---------------	-----	---	---------	--

**MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ♦**

Caps. L.A.

			10 mg	PPB	
02277166	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	67,45	0,6745
02536943	<i>pms-Methylphenidate CR</i>	Phmscience	100	51,28	► 0,5128

Caps. L.A.

			15 mg	PPB	
02277131	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	96,57	0,9657
02536951	<i>pms-Methylphenidate CR</i>	Phmscience	100	73,54	► 0,7354

Caps. L.A.

			20 mg	PPB	
02277158	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	124,68	1,2468
02536978	<i>pms-Methylphenidate CR</i>	Phmscience	100	94,77	► 0,9477

Caps. L.A.

02470292	<i>Foquest</i>	Elvium	60	167,76	2,7960
----------	----------------	--------	----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Caps. L.A.</b>					
02277174 02536986	<i>Biphentin</i> <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	30 mg 100 100	30 mg <b>PPB</b> 171,18 130,21 ➡	1,7118 1,3021
<b>Caps. L.A.</b>					
02470306	<i>Foquest</i>	Elvium	35 mg 60	35 mg 184,26	3,0710
<b>Caps. L.A.</b>					
02277182 02536994	<i>Biphentin</i> <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	40 mg 100 100	40 mg <b>PPB</b> 218,15 165,88 ➡	2,1815 1,6588
<b>Caps. L.A.</b>					
02470314	<i>Foquest</i>	Elvium	45 mg 60	45 mg 200,16	3,3360
<b>Caps. L.A.</b>					
02277190 02537001	<i>Biphentin</i> <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	50 mg 50 100	50 mg <b>PPB</b> 132,20 201,30 ➡	2,6440 2,0130
<b>Caps. L.A.</b>					
02470322	<i>Foquest</i>	Elvium	55 mg 60	55 mg 216,66	3,6110
<b>Caps. L.A.</b>					
02277204 02537028	<i>Biphentin</i> <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	60 mg 50 100	60 mg <b>PPB</b> 156,20 234,25 ➡	3,1240 2,3425
<b>Caps. L.A.</b>					
02470330	<i>Foquest</i>	Elvium	70 mg 60	70 mg 241,44	4,0240
<b>Caps. L.A.</b>					
02277212 02537036	<i>Biphentin</i> <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	80 mg 50 100	80 mg <b>PPB</b> 202,86 308,83 ➡	4,0572 3,0883
<b>Caps. L.A.</b>					
02470349	<i>Foquest</i>	Elvium	85 mg 60	85 mg 265,62	4,4270
<b>Caps. L.A.</b>					
02470357	<i>Foquest</i>	Elvium	100 mg 60	100 mg 289,74	4,8290
<b>Co. L.A. (12 h)</b>					
02441934 02452731 02247732	<i>ACT Methylphenidate ER</i> <i>Apo-Methylphenidate ER</i> <i>Concerta</i>	Teva Can Apotex Janss. Inc	18 mg 100 100 100	18 mg 50,99 50,99 203,64 ➡	0,5099 0,5099 2,0364

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. (12 h)					
02441942	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	Teva Can	100	27 mg 58,84	0,5884
02452758	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	58,84	0,5884
02250241	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	235,01	2,3501
Co. L.A. (12 h)					
02441950	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	Teva Can	100	36 mg 68,63	0,6863
02452766	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	68,63	0,6863
02247733	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	266,38	2,6638
Co. L.A. (12 h)					
02441969	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	Teva Can	100	54 mg 82,40	0,8240
02330377	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	82,40	0,8240
02247734	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	329,12	3,2912
<b>MÉTRONIDAZOLE</b>					
Gel Vag.					
02125226	<i>Nidagel</i>	Bausch H.	70 g	0,75 % 18,62	
<b>MICAFUNGINE SODIQUE</b>					
Pd. Perf. I.V.					
02532344	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Hikma	1	50 mg PPB 83,33	
02524953	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Juno	1	83,33	
02294222	<i>Mycamine</i>	Astellas	1	98,00	
Pd. Perf. I.V.					
02532360	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Hikma	1	100 mg PPB 166,66	
02524961	<i>Micafungine Sodique pour Injection</i>	Juno	1	166,66	
02311054	<i>Mycamine</i>	Astellas	1	196,00	
<b>MIGALASTAT</b>					
Caps.					
02468042	<i>Galafold</i>	Amicus	14	123 mg 23800,00	1700,0000
<b>MIRABEGRON</b>					
Co. L.A.					
02402874	<i>Myrbetriq</i>	Astellas	30 90	25 mg 43,80 131,40	1,4600 1,4600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.				50 mg	
02402882	<i>Myrbetriq</i>	Astellas	30 90	43,80 131,40	1,4600 1,4600

<b>MIRIKIZUMAB</b>	Sol. Inj. S.C.			100 mg/mL (1 mL)	
02539853	<i>Omvooh (seringue)</i>	Lilly	2	2374,66	1187,3300
02539845	<i>Omvooh (stylo)</i>	Lilly	2	2374,66	1187,3300

Sol. Perf. I.V.				20 mg/mL (15 mL)	
02539861	<i>Omvooh</i>	Lilly	1	2374,66	

<b>MODAFINIL</b>	Co.			100 mg	<b>PPB</b>
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

<b>MULTIVITAMINES</b>	Caps. ou Co.			100 mg	<b>PPB</b>
99002493			1		

Co. Croq.				100 mg	<b>PPB</b>
99002507			1		

<b>NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE</b>	Co.			375 mg - 20 mg	<b>PPB</b>
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	<b>PPB</b>
02443449	<i>Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR</i>	Mylan	60	46,92	0,7820
02361728	<i>Vimovo</i>	Xediton	60	55,20	0,9200

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**NATALIZUMAB **

Sol. Inj. I.V.

02286386	Tysabri	Biogen	1	300mg/15ml	2451,32
----------	---------	--------	---	------------	---------

**NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE) **

Caps.

02468735	Akynzeo	Knight	1	300 mg - 0,5 mg	135,00
----------	---------	--------	---	-----------------	--------

**NILOTINIB **

Caps.

02368250	Tasigna	Novartis	112	150 mg	3054,72	27,2743
----------	---------	----------	-----	--------	---------	---------

Caps.

02315874	Tasigna	Novartis	112	200 mg	3947,17	35,2426
----------	---------	----------	-----	--------	---------	---------

**NINTEDANIB (ÉSILATE DE) **

Caps.

02443066	Ofev	Bo. Ing.	60	100 mg	1630,80	27,1800
----------	------	----------	----	--------	---------	---------

Caps.

02443074	Ofev	Bo. Ing.	30	150 mg	1630,80	54,3600
			60		3261,60	54,3600

**NIRAPARIB (TOSYLATE DE) **

Caps.

02489783	Zejula	GSK	56	100 mg	7379,96	131,7850
			84		11069,94	131,7850

Co.

02530031	Zejula	GSK	56	100 mg	7379,96	131,7850
----------	--------	-----	----	--------	---------	----------

**NIRAPARIB/ABIRATÉRONE (ACÉTATE D') **

Co.

+ 02538555	Akeega	Janss. Inc	60	50 mg - 500 mg	8826,00	147,1000
------------	--------	------------	----	----------------	---------	----------

Co.

+ 02538563	Akeega	Janss. Inc	60	100 mg - 500 mg	8826,00	147,1000
------------	--------	------------	----	-----------------	---------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>NITRAZÉPAM</b> ☒					
Co.				5 mg	
00511528	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	100	18,26	0,1826
Co.					
00511536	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	100	27,32	0,2732
<b>OCRÉLIZUMAB</b> ☐					
Sol. Perf. I.V.				30 mg/mL (10 mL)	
02467224	<i>Ocrevus</i>	Roche	1	8150,00	
<b>OFATUMUMAB</b> ☐					
Sol. Inj. S.C.				20 mg/0,4 mL	
02511355	<i>Kesimpta (stylo)</i>	Novartis	1	2208,33	
<b>OLAPARIB</b> ☐					
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
<b>OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)</b> ☐					
Sol. pour Inh. (App.)				2,5 mcg - 2,5 mcg	
02441888	<i>Inspierto Respimat</i>	Bo. Ing.	60 dose(s)	60,90	
<b>OMALIZUMAB</b> ☐					
Pd. Inj. S.C.				150 mg	
02260565	<i>Xolair</i>	Novartis	1	618,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)				150 mg/mL	
02459795	<i>Xolair</i>	Novartis	1	628,84	
<b>ONABOTULINUMTOXINA</b> ☐					
Pd. Inj.				50 U	
02531577	<i>Botox</i>	AbbVie	1	178,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj. 01981501	Botox	AbbVie	1	100 U 357,00	
Pd. Inj. 02531585	Botox	AbbVie	1	200 U 714,00	

### ONDANSÉTRON

Co. Diss.Orale,Co ou Film

			4 mg	PPB	
02369370	AG-Ondansetron	Angita	100	255,56	► 2,5556
02288184	Apo-Ondansetron	Apotex	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02511282	Auro-Ondansetron ODT	AuroPharma	10	25,56	► 2,5556
02458810	CCP-Ondansetron	Cellchem	30	76,67	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02541351	Jamp Ondansetron ODF	Jamp	10	25,56	► 2,5556
02313685	Jamp-Ondansetron	Jamp	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02371731	Mar-Ondansetron	Marcan	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02514966	Mar-Ondansetron ODT	Marcan	10	25,56	► 2,5556
02305259	Mint-Ondansetron	Mint	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02487330	Mint-Ondansetron ODT	Mint	10	25,56	► 2,5556
02297868	Mylan-Ondansetron	Mylan	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02417839	NAT-Ondansetron	Natco	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02421402	Ondansetron	Sanis	100	255,56	► 2,5556
02541424	Ondansetron	Sivem	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02519232	Ondansetron ODT	Jamp	10	25,56	► 2,5556
02481723	Ondansetron ODT	Sandoz	10	25,56	► 2,5556
02524279	Ondansetron ODT	Sanis	10	25,56	► 2,5556
02389983	Ondissolve ODF	Takeda	10	32,72	3,2720
02258188	pms-Ondansetron	Phmscience	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02519445	pms-Ondansetron ODT	Phmscience	10	25,56	► 2,5556
02274310	Sandoz Ondansetron	Sandoz	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02296349	Teva-Ondansetron	Teva Can	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02213567	Zofran	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
02458802	<i>CCP-Ondansetron</i>	Cellchem	30	122,64	► 4,0880
			100	408,80	► 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.

02456214	<i>Tagrisso</i>	AZC	30	8840,29	294,6764
----------	-----------------	-----	----	---------	----------

Co.

02456222	<i>Tagrisso</i>	AZC	30	8840,29	294,6764
----------	-----------------	-----	----	---------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**OXCARBAZÉPINE **

Co.

02284294	Apo-Oxcarbazepine	Apotex	100	150 mg <b>PPB</b>	62,09	⇒	0,6209
02440717	Jamp-Oxcarbazepine	Jamp	100		62,09	⇒	0,6209

Co.

02284308	Apo-Oxcarbazepine	Apotex	100	300 mg <b>PPB</b>	72,42	⇒	0,7242
02440725	Jamp-Oxcarbazepine	Jamp	100		72,42	⇒	0,7242
02242068	Trileptal	Novartis	50		42,60		0,8520

Co.

02284316	Apo-Oxcarbazepine	Apotex	100	600 mg <b>PPB</b>	144,84	⇒	1,4484
02440733	Jamp-Oxcarbazepine	Jamp	100		144,84	⇒	1,4484
02242069	Trileptal	Novartis	50		85,20		1,7040

Susp. Orale

02244673	Trileptal	Novartis	250 ml	60 mg/mL	77,45		0,3098
----------	-----------	----------	--------	----------	-------	--	--------

**OXYCODONE **

Co. L.A.

02366746	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	5 mg	34,02		0,3402
----------	------------------	--------	-----	------	-------	--	--------

Co. L.A.

02366754	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	10 mg <b>PPB</b>	47,41	⇒	0,4741
02372525	OxyNEO	Purdue	60		52,68		0,8780
02309882	pms-Oxycodone CR	Phmscience	100		47,41	⇒	0,4741

Co. L.A.

02394766	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	15 mg <b>PPB</b>	57,24	⇒	0,5724
02372533	OxyNEO	Purdue	60		63,60		1,0600

Co. L.A.

02366762	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	20 mg <b>PPB</b>	71,12	⇒	0,7112
02372797	OxyNEO	Purdue	60		79,02		1,3170
02309890	pms-Oxycodone CR	Phmscience	100		71,12	⇒	0,7112

Co. L.A.

02394774	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	30 mg <b>PPB</b>	93,96	⇒	0,9396
02372541	OxyNEO	Purdue	60		104,40		1,7400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.					
02306530	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	40 mg PPB 123,26	1,2326
02372568	OxyNEO	Purdue	60	136,95	2,2825
02309904	pms-Oxycodone CR	Phmscience	100	123,26	1,2326
Co. L.A.					
02394782	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	60 mg PPB 170,10	1,7010
02372576	OxyNEO	Purdue	60	189,00	3,1500
Co. L.A.					
02366789	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	80 mg PPB 227,66	2,2766
02372584	OxyNEO	Purdue	60	252,96	4,2160
02309912	pms-Oxycodone CR	Phmscience	100	227,66	2,2766
<b>OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE</b> 					
Co. Croq.					
02471574	Velphoro	Vifor	90	500 mg (Fe) 378,32	4,2036
<b>OZANIMOD (CHLORHYDRATE D')</b> 					
Caps.					
02505991	Zeposia	Celgene	28	0,92 mg 1917,81	68,4932
Trousse (orale solide)					
02506009	Zeposia	Celgene	1	0,23 mg (4 caps.) et 0,46 mg (3 caps.) 479,45	
<b>PALBOCICLIB</b> 					
Caps.					
02453150	Ibrance	Pfizer	21	75 mg 5332,16	253,9124
Caps.					
02453169	Ibrance	Pfizer	21	100 mg 5332,16	253,9124
Caps.					
02453177	Ibrance	Pfizer	21	125 mg 5332,16	253,9124
Co.					
* 02493535	Ibrance	Pfizer	21	75 mg PPB 5332,16	253,9124
+ 02547635	Taro-Palbociclib	Taro	21	2666,08	126,9562

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				100 mg PPB	
* 02493543	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	253,9124
+ 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
+ 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

Pans.				100 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup> (surface active)	
00899496	<i>Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	30	27,29	0,9097

Pans.				201 cm <sup>2</sup> à 500 cm <sup>2</sup> (surface active)	
99004712	<i>Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	96	202,04	2,1046

Pans.				Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)	
00899429	<i>Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	30	21,25	0,7083
00899518	<i>Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	30	22,99	0,7663

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES**

Mèche

				30 cm à 90 cm	
99003260	<i>Algisite M 30 cm</i>	S. & N.	5	24,81	4,9620
00921157	<i>Algosteril (30 cm)</i>	Erfa	10	49,97	4,9970
99100955	<i>Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)</i>	Convatec	5	33,93	6,7860
99001705	<i>Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)</i>	Convatec	5	41,60	8,3200
99100155	<i>Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2")</i>	Coloplast	6	41,22	6,8700
99101379	<i>Exufiber (2 cm x 45 cm)</i>	Mölnlycke	5	33,91	6,7820
00898899	<i>Kaltostat 40 cm</i>	Convatec	5	35,49	7,0980
*	<i>* 99114137 Kerracel (2 cm x 45 cm)</i>	3M	5	33,94	6,7880
99100659	<i>Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)</i>	Medline	20	80,35	4,0175
99003015	<i>Melgisorb Plus 45 cm</i>	Mölnlycke	5	21,51	4,3020
			50	215,18	4,3036
99100100	<i>Pansement à l'alginate de calcium 30 cm</i>	Covidien	1	4,17	
99100101	<i>Pansement à l'alginate de calcium 60 cm</i>	Covidien	1	5,97	
99100102	<i>Pansement à l'alginate de calcium 90 cm</i>	Covidien	1	10,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
			100 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup> (surface active)		
00920223	<i>Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Erfa	16	68,00	4,2500
00921092	<i>Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	Erfa	16	105,50	6,5938
99101009	<i>Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99100975	<i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99101232	<i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	38,00	7,6000
99001772	<i>Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	61,44	6,1440
99100153	<i>Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	34,20	3,4200
99101377	<i>Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	35,20	3,5200
00898643	<i>Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	85,60	8,5600
99101217	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101224	<i>Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101216	<i>Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
* 99114135	<i>Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	10	37,14	3,7140
99100656	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	100	134,75	1,3475
99003007	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	36,46	3,6460
			50	182,33	3,6466
99003023	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	68,49	6,8490
			50	342,47	6,8494
* 99003481	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x10-100cm<sup>2</sup></i>	3M	10	38,97	3,8970
* 99100285	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x20-200cm<sup>2</sup></i>	3M	1	7,53	
99100467	<i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	51,79	5,1790

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
			201 cm <sup>2</sup> à 500 cm <sup>2</sup> (surface active)		
99003279	<i>Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	100,28	10,0280
99101010	<i>Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	46,58	9,3160
99100932	<i>Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	46,91	9,3820
99100931	<i>Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	62,55	12,5100
99100934	<i>Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	83,40	16,6800
99001764	<i>Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	65,35	13,0700
99100891	<i>Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	87,75	8,7750
99101378	<i>Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	87,75	8,7750
99101218	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 20,3cm-207 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	5	13,20	2,6400
99101219	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	10	26,40	2,6400
* 99114136	<i>Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	5	46,60	9,3200
99100657	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	50	235,00	4,7000
99100468	<i>Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	52,49	10,4980
99100472	<i>Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	96,72	19,3440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.					
Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)					
00920266	<i>Algosteril</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Erfa	10	17,04	1,7040
99101133	<i>Aquacel Extra hydrofiber</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	17,67	1,7670
99100937	<i>Aquacel Foam</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	16,50	1,6500
99001780	<i>Aquacel hydrofiber</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	24,97	2,4970
99100156	<i>Biatain Alginate</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	30	52,50	1,7500
99101380	<i>Exufiber</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	10	16,85	1,6850
00898627	<i>Kaltotstat</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	19,02	1,9020
00898635	<i>Kaltotstat</i> (7,5 cm x 12 cm - 90 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	55,57	5,5570
99101221	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium</i> (5,1 cm x 5,1 cm - 26cm <sup>2</sup> )	Covidien	10	8,40	0,8400
* 99114138	<i>Kerracel</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	3M	10	16,96	1,6960
99100658	<i>Maxorb Extra</i> (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm <sup>2</sup> )	Medline	100	160,50	1,6050
99003066	<i>Melgisorb Plus</i> (5 cm x 5 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	5 50	8,92 89,23	1,7840 1,7846
99100466	<i>Versiva XC Non Adhésif</i> (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	33,95	3,3950

Pans.					
Plus de 500 cm <sup>2</sup> (surface active)					
99100888	<i>Aquacel Burn hydrofiber</i> (23 cm x 30 cm - 690 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	220,00	44,0000
99101220	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium</i> (30,5cm x 61cm-1860 cm <sup>2</sup> )	Covidien	5	220,00	44,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION</b>					
Pans.					
			100 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup> (surface active)		
99100537	Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	10	49,50	4,9500
99100475	Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	10	100,05	10,0050
00907863	Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	1	5,02	
00920738	Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	1	10,01	
99100135	Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	10	39,50	3,9500
99100601	Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	5	39,50	7,9000
99114022	Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	10	39,50	3,9500
99114054	Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	5	39,50	7,9000
99114024	Biatain Silicone Non-Border (12,5 cm x 12,5 cm - 156,25 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	10	61,70	6,1700
99002787	Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	54,88	5,4880
99100794	Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100744	Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100745	Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101206	Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	37,44	3,7440
99101207	Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101188	Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm - 161 cm <sup>2</sup> )	Covidien	10	14,61	1,4610
99004801	Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Covidien	50	94,88	1,8976
99003244	Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	5	24,70	4,9400
99003252	Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	5	46,70	9,3400
99101382	Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	5	19,35	3,8700
99101383	Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	10	38,70	3,8700
99100664	Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm <sup>2</sup> )	Medline	5	34,60	6,9200
99100666	Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm <sup>2</sup> )	Medline	100	69,20	6,9200
*	99100193	Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm <sup>2</sup>	3M	146,10	1,4610
*	99100889	Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm <sup>2</sup>	3M	230,56	2,3056
*				4,41	
*				39,50	7,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99100708	UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Urgo	10	35,32	3,5320

Pans.					
201 cm <sup>2</sup> à 500 cm <sup>2</sup> (surface active)					
99100536	Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	10	95,60	9,5600
99100535	Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	10	170,00	17,0000
99002949	Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	1	9,69	
00907855	Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	S. & N.	1	17,22	
99100571	Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	5	44,50	8,9000
99100603	Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	5	79,00	15,8000
99114025	Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	5	41,50	8,3000
99114055	Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	Coloplast	5	73,80	14,7600
99005034	Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm <sup>2</sup> )	Convatec	1	11,16	
99100793	Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	5	41,51	8,3020
99100746	Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	83,04	8,3040
99100747	Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101208	Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	83,04	8,3040
99101209	Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101187	Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm <sup>2</sup> )	Covidien	10	33,60	3,3600
99101189	Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm <sup>2</sup> )	Covidien	10	33,60	3,3600
99101190	Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm <sup>2</sup> )	Covidien	10	33,60	3,3600
99100602	Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	5	47,00	9,4000
99003538	Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	5	92,60	18,5200
99101384	Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	5	40,95	8,1900
99101385	Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	10	81,90	8,1900
99100667	Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm <sup>2</sup> )	Medline	5	72,80	14,5600
*	Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm <sup>2</sup>	3M	100	145,60 443,45	14,5600 4,4345
* 99100196	UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm <sup>2</sup> )	Urgo	30	492,37	16,4123
99100709			10	74,48	7,4480

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Pans.</b>					
			<b>Moins de 100 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
99100570	<i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	1,75	
00920711	<i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	1,78	
99100599	<i>Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	13,83	1,3830
99114027	<i>Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7,5 cm - 37,5 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	21,30	2,1300
99114028	<i>Biatain Silicone Non-Border (7,5 cm x 7,5 cm - 56,25 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	32,00	3,2000
99004534	<i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	33,54	3,3540
99100743	<i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101210	<i>Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101191	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	10	5,10	0,5100
99004852	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	25	36,25	1,4500
99100665	<i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	200	102,05	0,5103
<b>Pans.</b>					
			<b>Plus de 500 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
99100604	<i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99101386	<i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
* 99100195	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm<sup>2</sup></i>	3M	1	25,78	
<b>Pans.</b>					
			<b>Sacrum ou triangulaire</b>		
99101388	<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	52,50	10,5000
99101389	<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	67,50	13,5000
<b>Pans. mince</b>					
			<b>100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
99100749	<i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	10	34,20	3,4200
99100133	<i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	3,54	
<b>Pans. mince</b>					
			<b>201 cm<sup>2</sup> à 500 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
99100750	<i>Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	10	57,31	5,7310
99100134	<i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	6,37	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans. mince

99100748	Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm <sup>2</sup> )	BSN Med	10	12,99	1,2990
99100132	Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	1	2,11	

Moins de 100 cm<sup>2</sup> (surface active)

Pans. mince

99100605	Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	4	154,76	38,6900
----------	---	-----------	---	--------	---------

Plus de 500 cm<sup>2</sup> (surface active)

**PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE**

Pans.

100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)

00920509	Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	10	28,80	2,8800
00920495	Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	10	36,70	3,6700

Pans.

Moins de 100 cm<sup>2</sup> (surface active)

00920487	Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	10	23,80	2,3800
----------	--	-----------	----	-------	--------

**PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES**

Pans.

100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)

99101213	Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	40,50	8,1000
99101214	Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	50,62	10,1240
99100944	Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	101,24	10,1240
99113984	Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	112,08	11,2080
99100469	Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	81,67	8,1670
99100470	Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	70,51	7,0510
				69,15	13,8300

Pans.

201 cm<sup>2</sup> à 500 cm<sup>2</sup> (surface active)

99100942	Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	77,02	15,4040
99100943	Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	121,52	24,3040
99100471	Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	93,49	18,6980

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.	Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)				
99100976	Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	41,70	4,1700
99101212	Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	38,25	7,6500
99100977	Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	76,50	7,6500
99101185	Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	61,20	6,1200
99113979	Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	25,50	2,5500
99113983	Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	35,90	3,5900
99100464	Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm <sup>2</sup> )	Convatec	10	21,25	2,1250
				41,68	4,1680

Pans.	Sacrum				
99100945	Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	43,00	8,6000
99113981	Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	42,99	8,5980
99113982	Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm <sup>2</sup> )	Convatec	5	63,01	12,6020
99100465	Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm <sup>2</sup> )	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 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)

99001667	<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	58,65	5,8650
99004585	<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	110,18	11,0180
99100476	<i>Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	59,00	5,9000
99100139	<i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	52,92	10,5840
99100654	<i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	32,75	6,5500
99100742	<i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	48,95	9,7900
99005026	<i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	12,00	
99100752	<i>Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	10	58,00	5,8000
99100753	<i>Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	5	43,61	8,7220
99110093	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	74,10	7,4100
99109793	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	108,10	10,8100
99114262	<i>Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	24,85	4,9700
99100661	<i>Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	100	440,30	4,4030
* 99100199	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm<sup>2</sup></i>	3M	1	6,87	
* 99100854	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm<sup>2</sup></i>	3M	5	55,00	11,0000
99101337	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	87,20	8,7200

Pans.

201 cm<sup>2</sup> à 500 cm<sup>2</sup> (surface active)

99001659	<i>Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	11,72	
99001896	<i>Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	22,41	
99100477	<i>Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	118,00	11,8000
99114249	<i>Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	109,77	10,9770
99004526	<i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	51,54	10,3080
99100754	<i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	5	66,86	13,3720

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)			
99001713	<i>Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	24,14	2,4140
99100474	<i>Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	49,00	4,9000
99114245	<i>Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	19,86	1,9860
99114246	<i>Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	45,00	4,5000
99114247	<i>Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	57,00	5,7000
99100612	<i>Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	27,10	2,7100
99100137	<i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	44,80	4,4800
99100613	<i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	12,10	1,2100
99100820	<i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	32,00	3,2000
99101375	<i>Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	35,00	7,0000
99100653	<i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	52,00	5,2000
99004968	<i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	3,20	
99001853	<i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	45,83	4,5830
99101205	<i>Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	10	87,12	8,7120
99100751	<i>Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i>	BSN Med	10	52,00	5,2000
99100445	<i>Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	44,17	8,8340
99109593	<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	36,00	3,6000
99114263	<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	83,90	8,3900
99109693	<i>Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	62,40	6,2400
99109893	<i>Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	17,50	1,7500
99114261	<i>Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	14,85	2,9700
99114260	<i>Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	9,98	1,9960
99114259	<i>Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	8,80	1,7600
99100660	<i>Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	100	243,10	2,4310
* 99100198	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm<sup>2</sup></i>	3M	1	4,41	
* 99100853	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm<sup>2</sup></i>	3M	5	25,00	5,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
* 99100197	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm<sup>2</sup></i>	3M	1	2,68	
99101310	<i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	31,50	3,1500
99101309	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	61,80	6,1800

Pans.

			Sacrum ou triangulaire		
99114250	<i>Allevyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	71,02	7,1020
99114251	<i>Allevyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	134,44	13,4440
99004259	<i>Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	9,39	
99002957	<i>Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	17,05	
99101315	<i>Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	46,35	9,2700
99005018	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	8,62	
99100105	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	14,39	
99100447	<i>Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	95,80	9,5800
99100448	<i>Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	139,60	13,9600
99101316	<i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	137,50	13,7500

Pans. mince

			100 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup> (surface active)		
99100887	<i>Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	59,95	5,9950
99101328	<i>Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	49,70	4,9700
99100297	<i>Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	24,88	4,9760

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince					
99100886	<i>Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	36,83	3,6830
99100885	<i>Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	25,69	2,5690
99100884	<i>Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	20,15	2,0150
99100952	<i>Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	24,80	2,4800
99100890	<i>Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	27,80	2,7800
99101211	<i>Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	17,50	1,7500
99101327	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	40,00	4,0000
99101893	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	82,51	8,2510
99101329	<i>Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	22,50	2,2500
99101326	<i>Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	23,67	2,3670
99100296	<i>Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	14,94	2,9880
99100293	<i>Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	13,89	1,3890
99100294	<i>Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	10,68	2,1360
99100295	<i>Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	8,90	1,7800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT**

Pans.

100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)

99100559	<i>Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100456	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100953	<i>Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	63,90	6,3900
99100998	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99101228	<i>Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99100324	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	33,25	6,6500
99100325	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	66,50	13,3000
99100541	<i>Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	52,50	5,2500
99101452	<i>Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	64,70	6,4700
99100545	<i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	59,74	5,9740
99100366	<i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	34,33	6,8660
99100367	<i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	64,67	12,9340
99100663	<i>Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	100	453,00	4,5300
* 99100288	<i>Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	5	80,44	16,0880
* 99100289	<i>Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	10	96,00	9,6000
* 99101346	<i>Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	5	64,99	12,9980
* 99101347	<i>Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	10	78,64	7,8640
* 99100852	<i>Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm<sup>2</sup></i>	3M	10	59,70	R
* 99100349	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	7,94	R
* 99100348	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	5,24	R
99100562	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	83,27	8,3270
99114365	<i>UrgoTul Ag(10 cm x 12 cm - 120 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	77,81	7,7810

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
			201 cm <sup>2</sup> à 500 cm <sup>2</sup> (surface active)		
99100560	<i>Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	157,50	15,7500
99100561	<i>Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	280,40	28,0400
99100455	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	159,50	15,9500
99100457	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	283,96	28,3960
99100326	<i>Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	93,02	18,6040
99100954	<i>Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	73,13	14,6260
99101000	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99101001	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	99,60	19,9200
99101005	<i>Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	132,80	26,5600
99101229	<i>Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99100595	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	74,81	14,9620
99100329	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	124,80	24,9600
99114020	<i>Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	102,30	10,2300
99101381	<i>Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	148,10	14,8100
99100543	<i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	102,29	10,2290
99100368	<i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	77,06	15,4120
99100369	<i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	124,83	24,9660
* 99100350	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	15,52	R
99100825	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	194,40	19,4400
+ 99114406	<i>UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	5	98,17	19,6340
99114366	<i>UrgoTul Ag(15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	175,50	17,5500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.					
Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)					
99100557	<i>Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100450	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100338	<i>Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	102,78	10,2780
99100974	<i>Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	28,34	2,8340
99101006	<i>Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99101231	<i>Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99100594	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	11,64	2,3280
99114021	<i>Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	30	84,00	2,8000
99101454	<i>Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	28,00	2,8000
99100544	<i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	10	27,75	2,7750
* 99100287	<i>Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	10	31,70	3,1700
* 99101348	<i>Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	10	28,36	2,8360
* 99100851	<i>Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 5,1 x 5,1-26cm<sup>2</sup></i>	3M	10	27,50	R
* 99100347	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	2,55	R
+ 99114405	<i>UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i>	Urgo	10	40,95	4,0950

Pans.					
Plus de 500 cm <sup>2</sup> (surface active)					
99100235	<i>Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	66,28	
99100236	<i>Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	1	130,27	
99100593	<i>Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	6	781,62	130,2700
99100328	<i>Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	224,00	44,8000
99100973	<i>Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101230	<i>Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101453	<i>Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	5	233,00	46,6000
99100596	<i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm<sup>2</sup>)</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 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	151,40	15,1400
99100452	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	244,30	24,4300
99101094	<i>Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	60,95	12,1900
99100247	<i>Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	100,00	20,0000
99100800	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	22,87	
99100801	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</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.

99114248	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	7	3 g 24,11	3,4440
----------	-----------------	---------	---	--------------	--------

Pom. Top.

99100099	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	10 g 20 g 40 g	13,72 27,44 54,88	
----------	-----------------	---------	----------------------	-------------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT**

Pans.

100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)

99100453	<i>Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99100564	<i>Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99101002	<i>Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	220,52	22,0520
99100597	<i>Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	92,95	18,5900
99113835	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	77,15	15,4300
99101274	<i>Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	65,16	13,0320
99101277	<i>Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	99,89	19,9780
99100799	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	15,67	
99100712	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	13,87	
99100713	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	19,86	

Pans.

201 cm<sup>2</sup> à 500 cm<sup>2</sup> (surface active)

99100454	<i>Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99100565	<i>Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99101007	<i>Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	177,74	35,5480
99101008	<i>Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	280,44	56,0880

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.			Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)		
99100449	<i>Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99100563	<i>Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99101003	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	81,88	8,1880
99101091	<i>Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	120,31	12,0310
99101092	<i>Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	10	53,47	5,3470
99100245	<i>Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	35,20	7,0400
99100598	<i>Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	13,20	2,6400
99100926	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	24,75	4,9500
99113834	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	68,20	13,6400
99100927	<i>Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	50,55	10,1100
99100710	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	6,94	
99100798	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	13,88	
99100711	<i>Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm<sup>2</sup>)</i>	Mölnlycke	1	4,67	
99100662	<i>Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	100	433,00	4,3300

Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99113837	<i>Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	146,20	29,2400
99113836	<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	78,55	15,7100

Pans.			100 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup> (surface active)		
* 99001802	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	50	208,77	4,1754
* 99001810	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	50	381,00	7,6200

Pans.			Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)		
* 99100103	<i>Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	3,34	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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

Pans.

100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)

99100609	<i>Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	28,00	2,8000
00899666	<i>DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	5	21,70	4,3400
			20	86,82	4,3410
99004984	<i>DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	8,15	
99004720	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	5	18,00	3,6000
* 00801011	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	3,55	R

Pans.

201 cm<sup>2</sup> à 500 cm<sup>2</sup> (surface active)

99100610	<i>Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	31,50	6,3000
99100611	<i>Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	56,00	11,2000
00899674	<i>DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	9,50	
00801046	<i>DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	12,65	
00899682	<i>DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	16,87	
99004992	<i>DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	16,36	
99004747	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	30	229,90	7,6633
99004755	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm<sup>2</sup>)</i>	Covidien	30	273,20	9,1067
* 00800996	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	8,50	R

Pans.

Moins de 100 cm<sup>2</sup> (surface active)

99100608	<i>Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	30	20,16	0,6720
99004976	<i>DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	4,09	

Pans.

Plus de 500 cm<sup>2</sup> (surface active)

00800988	<i>DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	17,92	
----------	---	----------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Pans.</b>					
			<b>Sacrum ou triangulaire</b>		
99100148	<i>Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	46,75	9,3500
00907758	<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	5,43	
00907782	<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	11,17	
99100108	<i>DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	14,13	
99100107	<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	10,65	
99100106	<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	16,33	
<b>Pans. mince</b>					
			<b>100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
99100143	<i>Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	28,10	2,8100
99101135	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	36,20	3,6200
99100147	<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	36,60	3,6600
99000261	<i>DuoDERM CGF Extra- Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	3,00	
			10	30,00	3,0000
00920029	<i>DuoDERM CGF Extra- Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	3,82	
00920088	<i>DuoDERM CGF Extra- Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	3,24	
99100655	<i>Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	10	21,28	2,1280
* 99100290	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm<sup>2</sup></i>	3M	1	3,10	R
<b>Pans. mince</b>					
			<b>201 cm<sup>2</sup> à 500 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
99100144	<i>Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	27,30	5,4600
99101136	<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	5	27,25	5,4500
00908134	<i>DuoDERM CGF Extra- Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	5,77	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Pans. mince</b>					
			<b>Moins de 100 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
99101134	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	26,20	2,6200
99100146	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm<sup>2</sup>)</i>	Coloplast	10	15,80	1,5800
00920231	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	1,96	
00920010	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	2,60	
<b>Pans. mince</b>					
			<b>Sacrum</b>		
00920037	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	8,43	
99100652	<i>Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm<sup>2</sup>)</i>	Medline	5	36,79	7,3580
<b>PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE</b>					
<b>Pans.</b>					
			<b>100 cm<sup>2</sup> à 200 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
00907707	<i>DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	4,39	
* 00800961	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	6,50	R
<b>Pans.</b>					
			<b>201 cm<sup>2</sup> à 500 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
00907715	<i>DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	11,35	
<b>Pans.</b>					
			<b>Moins de 100 cm<sup>2</sup> (surface active)</b>		
00907804	<i>DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm<sup>2</sup>)</i>	Convatec	1	2,31	
* 00801038	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	2,99	R
* 00801003	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm<sup>2</sup>)</i>	3M	1	4,00	R
<b>Pans.</b>					
			<b>Sacrum</b>		
* 99100855	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm<sup>2</sup></i>	3M	6	54,81	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Pans. mince</b>					
* 99100292	Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm <sup>2</sup>	3M	100 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup> (surface active)	1	5,61
<b>Pans. mince</b>					
* 99100857	Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm <sup>2</sup>	3M	Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)	10	19,56
* 99100291	Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x15cm-94cm <sup>2</sup>	3M		1	3,38
<b>PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE</b>					
<b>Pans.</b>					
99100239	Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	100 cm <sup>2</sup> à 200 cm <sup>2</sup> (surface active)	1	7,40
* 99100353	Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm <sup>2</sup>	3M		1	5,23
<b>Pans.</b>					
* 99100354	Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm <sup>2</sup>	3M	201 cm <sup>2</sup> à 500 cm <sup>2</sup> (surface active)	1	15,84
<b>Pans.</b>					
99100237	Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	Moins de 100 cm <sup>2</sup> (surface active)	1	3,48
99100238	Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke		1	4,52
* 99100352	Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm <sup>2</sup>	3M		1	3,39
<b>Pans.</b>					
99100240	Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm <sup>2</sup> )	Mölnlycke	Plus de 500 cm <sup>2</sup> (surface active)	1	21,36
<b>PARAFFINE/HUILE MINÉRALE</b>					
<b>Pom. Oph.</b>					
00210889	Refresh Lacri-Lube	AbbVie	57,3 % - 42,5 %	3,5 g	6,98
<b>PATISIRAN</b> 					
<b>Sol. Perf. I.V.</b>					
02489252	Onpatro	Alnylam	2 mg/mL (5 mL)	1	10502,41

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

02525666	pms-Pazopanib	Phmscience	60	200 mg PPB 1639,35 ➡	27,3225
02352303	Votrient	Novartis	120	3278,70 ➡	27,3225

**PEGCÉTACOPLAN **

Sol. Perf. S. C.

02533294	Empaveli	SOBI	1	54 mg/mL (20 mL) 4970,00	
----------	----------	------	---	-----------------------------	--

**PEGFILGRASTIM **

Sol. Inj. S.C.

02484153	Fulphila (seringue)	BGP Pharma	1	10 mg/mL (0,6 mL) 1375,00	
02474565	Lapelga (seringue)	Apotex	1	1375,00	
02529343	Lapelga (stilo)	Apotex	1	1375,00	
02506238	Nyvepria (seringue)	Pfizer	1	1375,00	
02497395	Zixextzo (seringue)	Sandoz	1	1375,00	

**PEGINTERFÉRON ALFA-2A **

Sol. Inj. S.C.

02248077	Pegasys	Accelera	1	180 mcg/0,5 mL 416,03	
----------	---------	----------	---	--------------------------	--

**PENTOXIFYLLINE **

Co. L.A.

+ 02543087	JAMP Pentoxifylline SR	Jamp	100	400 mg PPB 58,46 ➡	0,5846
* 02230090	Pentoxifylline SR	AA Pharma	100	58,46 ➡	0,5846

**PÉRAMPANEL **

Co.

02404516	Fycompa	Eisai	7	2 mg PPB 66,15	9,4500
02522632	Taro-Perampanel	Taro	30	171,38 ➡	5,7128

Co.

02404524	Fycompa	Eisai	28	4 mg PPB 264,60	9,4500
02522640	Taro-Perampanel	Taro	30	171,38 ➡	5,7128

Co.

02404532	Fycompa	Eisai	28	6 mg PPB 264,60	9,4500
02522659	Taro-Perampanel	Taro	30	171,38 ➡	5,7128

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				8 mg PPB	
02404540 02522667	<i>Fycompa</i> <i>Taro-Perampanel</i>	Eisai Taro	28 30	264,60 171,38 ➡	9,4500 5,7128
Co.				10 mg PPB	
02404559 02522675	<i>Fycompa</i> <i>Taro-Perampanel</i>	Eisai Taro	28 30	264,60 171,38 ➡	9,4500 5,7128
Co.				12 mg PPB	
02404567 02522683	<i>Fycompa</i> <i>Taro-Perampanel</i>	Eisai Taro	28 30	264,60 171,38 ➡	9,4500 5,7128
<b>PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL</b>					
Liq.				1,1 g/mL	
02453304	<i>Ravicti</i>	Horizon	25 ml	1200,00	48,0000
<b>PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM</b>					
Gran.				483 mg/g	
02436663	<i>Pheburane</i>	Medunik	1	1612,80	
<b>PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM</b>					
Sol. Rect.				160 mg -60 mg/mL	
02096900	<i>Lax-A NEMA</i>	Pendopharm	130 ml	3,25	
Sol. Rect. Péd.				160 mg -60 mg/mL	
00108065	<i>Fleet Pédiatrique</i>	CB Fleet	65 ml	4,10	
<b>PIMÉCROLIMUS</b>					
Cr. Top.				1 %	
02247238	<i>Elidel</i>	Bausch H.	30 g 60 g	62,94 125,89	2,0980 2,0982
<b>PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Co.				15 mg PPB	
02302861 02302942 02397307 02326477 02391600 02297906	<i>ACT Pioglitazone</i> <i>Apo-Pioglitazone</i> <i>Jamp-Pioglitazone</i> <i>Mint-Pioglitazone</i> <i>Pioglitazone</i> <i>Sandoz Pioglitazone</i>	Teva Can Apotex Jamp Mint Accord Sandoz	100 100 100 100 90 90	50,00 50,00 50,00 50,00 45,00 45,00 ➡	0,5000 0,5000 0,5000 0,5000 0,5000 0,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02302888	<i>ACT Pioglitazone</i>	Teva Can	100	70,00	30 mg PPB 0,7000
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
02297914	<i>Sandoz Pioglitazone</i>	Sandoz	90	63,00	0,7000

Co.

02302896	<i>ACT Pioglitazone</i>	Teva Can	100	105,00	45 mg PPB 1,0500
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
02297922	<i>Sandoz Pioglitazone</i>	Sandoz	90	94,50	1,0500

**PIRFÉNIDONE** 

Caps.

02509938	<i>Jamp Pirfenidone</i>	Jamp	63	422,86	267 mg PPB 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.

02537753	<i>Auro-Pirfenidone</i>	Aurobindo	21	70,48	267 mg PPB 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
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.

02537761	<i>Auro-Pirfenidone</i>	Aurobindo	21	211,43	801 mg PPB 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
02531534	<i>pms-Pirfenidone</i>	Phmscience	90	906,12	10,0680
02488515	<i>Sandoz Pirfenidone</i>	Sandoz	90	906,12	10,0680

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**POLYÉTHYLÈNE GLYCOL**

Pd. Orale

			1 g/g	PPB	
02460297	Comfilax	Cellchem	238 g	5,93	
02374137	Emolax	Jamp	510 g	12,70	
99113714	Emolax (30 sachets de 17 grammes)	Jamp	510 g	12,70	12,70
02453193	Lax-A-Day Pharma	Phmscience	510 g	12,70	
02450070	M-Peg 3350	Mantra Ph.	510 g	12,70	
02520796	Peg 3350	Angita	510 g	12,70	
02358034	Peg 3350	Medisca	255 g	6,35	
			510 g	14,74	
99114378	Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes)	Angita	510 g	12,70	12,70
02346672	Relaxa	Medexus	510 g	12,70	
99101166	Relaxa (30 sachets de 17 grammes)	Medexus	510 g	12,70	12,70
					0,0249
					0,0249
					0,0249

**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	Jamplyte (280g)	Jamp	1	16,45
* 99100717	PegLyte (280 g)	Pendopharm	1	16,45

**POLYVINYLIQUE (ALCOOL)**

Sol. Oph.

			1,4 % (0,4 mL)	
02138670	Refresh	AbbVie	30	9,95 0,3317

**POMALIDOMIDE**

Caps.

			1 mg	PPB	
02520427	Apo-Pomalidomide	Apotex	21	2625,00	125,0000
02538059	JAMP Pomalidomide	Jamp	21	2625,00	125,0000
02506394	Nat-Pomalidomide	Natco	21	2625,00	125,0000
02419580	Pomalyst	Celgene	21	10500,00	500,0000
02504073	Reddy-Pomalidomide	Dr Reddy's	21	2625,00	125,0000
02523973	Sandoz Pomalidomide	Sandoz	21	2625,00	125,0000

Caps.

			2 mg	PPB	
02520435	Apo-Pomalidomide	Apotex	21	2625,00	125,0000
02538075	JAMP Pomalidomide	Jamp	21	2625,00	125,0000
02506408	Nat-Pomalidomide	Natco	21	2625,00	125,0000
02419599	Pomalyst	Celgene	21	10500,00	500,0000
02504081	Reddy-Pomalidomide	Dr Reddy's	21	2625,00	125,0000
02523981	Sandoz Pomalidomide	Sandoz	21	2625,00	125,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>Caps.</b>					
02520443	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	21	3 mg PPB 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
<b>Caps.</b>					
02520451	<i>Apo-Pomalidomide</i>	Apotex	21	4 mg PPB 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
<b>POSACONAZOLE</b>					
Co. L.A.					
02542021	<i>GLN-Posaconazole</i>	Glenmark	60	100 mg PPB 700,85	11,6808
02544644	<i>Mint-Posaconazole</i>	Mint	60	700,85	11,6808
02424622	<i>Posanol</i>	Merck	60	700,85	R
02496259	<i>Sandoz Posaconazole</i>	Sandoz	60	700,85	11,6808
02543311	<i>Taro-Posaconazole</i>	Taro	60	700,85	11,6808
<b>Susp. Orale</b>					
02530333	<i>JAMP Posaconazole</i>	Jamp	105 ml	40 mg/mL PPB 869,03	8,2765
02293404	<i>Posanol</i>	Merck	105 ml	981,18	9,3446
<b>PRASUGREL</b>					
Co.					
02502429	<i>Jamp Prasugrel</i>	Jamp	30	10 mg 50,04	1,6680
<b>PROGESTÉRONE</b>					
Co. Vag. (eff.)					
02334992	<i>Endometrin</i>	Ferring	21	100 mg 84,00	4,0000
Gel vag. (App.)					
02241013	<i>Crinone</i>	Serono	18	8 % 144,00	
<b>PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Sol. Orale					
02457857	<i>Hemangiol</i>	Pierre Fab	120 ml	3,75 mg/mL 273,70	2,2808

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PSYLLIUM (MUCILAGE DE) <sup>5</sup>**

Pd. Orale

99002876			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

**RANIBIZUMAB <sup>R</sup>**

Sol. Inj.

02525852	Byooviz	Biogen	1	10 mg/mL (0,23ml)	900,00
02542250	Ranopto	Teva Innov	1		900,00

**RASAGILINE (MÉSYLATE DE) <sup>R</sup>**

Co.

02404680	Apo-Rasagiline	Apotex	100	0,5 mg	PPB	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.

02404699	Apo-Rasagiline	Apotex	100	1 mg	PPB	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 <sup>R</sup>**

Sol. Perf. I.V.

02491559	Ultomiris	Alexion	1	10 mg/mL (30 mL)	7282,15
----------	-----------	---------	---	------------------	---------

Sol. Perf. I.V.

02533448	Ultomiris	Alexion	1	100 mg/mL (3 mL)	7282,15
----------	-----------	---------	---	------------------	---------

Sol. Perf. I.V.

02533456	Ultomiris	Alexion	1	100 mg/mL (11 mL)	26701,20
----------	-----------	---------	---	-------------------	----------

**RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)**

Bandelette

99100516	Oracle	TremHarr	50	36,45	
			100	72,90	

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG**

Bandelette

99100333	CoaguChek XS PT Test	Roche Diag	6 24 48	37,20 148,80 297,60	
99113393	CoaguChek XS PT Test PST	Roche Diag	6 24	37,20 148,80	

**RÉGORAFENIB (MONOHYDRATE DE) **

Co.

02403390	Stivarga	Bayer	84	40 mg 6100,08	72,6200
----------	----------	-------	----	------------------	---------

**RIBOCICLIB (SUCCINATE DE) **

Co.

02473569	Kisqali	Novartis	21 42 63	200 mg 1777,65 3555,30 5332,95	84,6500 84,6500 84,6500
----------	---------	----------	----------------	---	-------------------------------

**RIFAXIMINE **

Co.

02410702	Zaxine	Salix	60	550 mg 460,65	7,6775
----------	--------	-------	----	------------------	--------

**RILUZOLE **

Co.

02352583	Apo-Riluzole	Apotex	60	50 mg <b>PPB</b> 206,17	3,4361
02390299	Mylan-Riluzole	Mylan	60	206,17	3,4361
02242763	Rilutek	SanofiAven	60	585,84	9,7640

**RIOCIGUAT **

Co.

02412764	Adempas	Bayer	42	0,5 mg <b>PPB</b> 1795,50	42,7500
* 02533545	Sandoz Riociguat	Sandoz	42	1009,93	24,0460

Co.

02412772	Adempas	Bayer	42	1 mg <b>PPB</b> 1795,50	42,7500
* 02533561	Sandoz Riociguat	Sandoz	42	1009,93	24,0460

Co.

02412799	Adempas	Bayer	42	1,5 mg <b>PPB</b> 1795,50	42,7500
* 02533588	Sandoz Riociguat	Sandoz	42	1009,93	24,0460

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg PPB	
02412802 * 02533596	<i>Adempas</i> <i>Sandoz Riociguat</i>	Bayer Sandoz	42 42	1795,50 1009,93	42,7500 24,0460
Co.				2,5 mg PPB	
02412810 * 02533618	<i>Adempas</i> <i>Sandoz Riociguat</i>	Bayer Sandoz	42 42	1795,50 1009,93	42,7500 24,0460
<b>RIPRÉTINIB</b>					
Co.				50 mg	
02500833	<i>Qinlock</i>	Medison	90	19468,75	216,3194
<b>RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN)</b>					
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	
<b>RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES)</b>					
Sol. Inj. S.C.				150 mg/mL (1 mL)	
02519283 02519291	<i>Skyrizi (seringue)</i> <i>Skyrizi (stylo)</i>	AbbVie AbbVie	1 1	4935,00 4935,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/mL (0,83 mL)	
02487454	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	2	4935,00	
<b>RISIDIPLAM</b>					
Pd. Orale				60 mg (0,75 mg/mL)	
02514931	<i>Evrysdi</i>	Roche	1	11638,35	
<b>RITUXIMAB</b>					
Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL	
02498316	<i>Riximyo</i>	Sandoz	10 ml 50 ml	297,00 1485,00	
02495724	<i>Ruxience</i>	Pfizer	10 ml 50 ml	297,00 1485,00	
02478382 02478390	<i>Truxima</i> <i>Truxima</i>	Teva Innov Teva Innov	10 ml 50 ml	297,00 1485,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**RIVAROXABAN** 

Co.

				2,5 mg	PPB
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
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
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
02480808	<i>Xarelto</i>	Bayer	100	142,00	1,4200

Co.

				10 mg	PPB
02527995	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	100	71,75	► 0,7175
02470497	<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	50	35,88	► 0,7175
02549336	<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	30	21,53	► 0,7175
			100	71,75	► 0,7175
02516292	<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	100	71,75	► 0,7175
02512041	<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	100	71,75	► 0,7175
02540975	<i>Pro-Rivaroxaban</i>	Pro Doc	100	71,75	► 0,7175
02472414	<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	50	35,88	► 0,7175
02540843	<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	100	71,75	► 0,7175
02541475	<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	100	71,75	► 0,7175
02482223	<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	100	71,75	► 0,7175
02483807	<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	50	35,88	► 0,7175
			500	358,75	► 0,7175
02507196	<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	30	21,53	► 0,7175
			100	71,75	► 0,7175
02316986	<i>Xarelto</i>	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
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
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
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
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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**RIVASTIGMINE R**

Caps.

1,5 mg PPB					
02336715	Apo-Rivastigmine	Apotex	100	65,13 ➔	0,6513
02242115	Exelon	Knight	56	136,50 ➔	2,4375
02485362	Jamp Rivastigmine	Jamp	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02401614	Med-Rivastigmine	GMP	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02416999	Rivastigmine	Pro Doc	100	65,13 ➔	0,6513
02324563	Sandoz Rivastigmine	Sandoz	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513

Caps.

3 mg PPB					
02336723	Apo-Rivastigmine	Apotex	100	65,13 ➔	0,6513
02242116	Exelon	Knight	56	136,50 ➔	2,4375
02485370	Jamp Rivastigmine	Jamp	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02401622	Med-Rivastigmine	GMP	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02417006	Rivastigmine	Pro Doc	100	65,13 ➔	0,6513
02324571	Sandoz Rivastigmine	Sandoz	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513

Caps.

4,5 mg PPB					
02336731	Apo-Rivastigmine	Apotex	100	65,13 ➔	0,6513
02242117	Exelon	Knight	56	136,50 ➔	2,4375
02485389	Jamp Rivastigmine	Jamp	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02401630	Med-Rivastigmine	GMP	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02417014	Rivastigmine	Pro Doc	100	65,13 ➔	0,6513
02324598	Sandoz Rivastigmine	Sandoz	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513

Caps.

6 mg PPB					
02336758	Apo-Rivastigmine	Apotex	100	65,13 ➔	0,6513
02242118	Exelon	Knight	56	136,50 ➔	2,4375
02485397	Jamp Rivastigmine	Jamp	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02401649	Med-Rivastigmine	GMP	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513
02417022	Rivastigmine	Pro Doc	100	65,13 ➔	0,6513
02324601	Sandoz Rivastigmine	Sandoz	56	36,47 ➔	0,6513
			100	65,13 ➔	0,6513

Sol. Orale

2 mg/mL					
02245240	Exelon	Knight	120 ml	153,02	1,2752

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.					
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</i>	Strides	30	119,32	3,9773
02426293	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 5</i>	Sandoz	30	119,32	3,9773
Timbre cut.					
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</i>	Strides	30	119,32	3,9773
02426307	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 10</i>	Sandoz	30	119,32	3,9773
<b>ROMOSOZUMAB</b>					
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02489597	<i>Evenity</i>	Amgen	2	656,78	328,3900
<b>ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)</b>					
Co.					
02403366	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	103,16	1,0316
Co.					
02403374	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	161,88	1,6188
Co.					
02403382	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	231,50	2,3150
<b>ROTIGOTINE</b>					
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.				6 mg/24 h	
02403935	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	218,10	7,2700
Timbre cut.				8 mg/24 h	
02403943	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	218,10	7,2700
<b>RUFINAMIDE</b>					
Co.				100 mg	
02369613	<i>Banzel</i>	Eisai	30	21,54	0,7180
Co.				200 mg PPB	
02545985	<i>Auro-Rufinamide</i>	Aurobindo	120	164,99	1,3749
			500	687,45	1,3749
02369621	<i>Banzel</i>	Eisai	120	172,36	1,4363
Co.				400 mg PPB	
02545993	<i>Auro-Rufinamide</i>	Aurobindo	120	359,51	2,9959
			500	1497,95	2,9959
02369648	<i>Banzel</i>	Eisai	120	375,58	3,1298
<b>RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE)</b>					
Co.				5 mg	
02388006	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918
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
<b>SACUBITRIL/VALSARTAN</b>					
Co.				24,3 mg - 25,7 mg	
02446928	<i>Entresto</i>	Novartis	30	108,60	3,6200
Co.				48,6 mg - 51,4 mg	
02446936	<i>Entresto</i>	Novartis	60	217,20	3,6200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 02446944	Entresto	Novartis	97,2 mg - 102,8 mg 60	217,20	3,6200
<b>SALBUTAMOL (SULFATE DE) </b> Pd. pour Inh.			200 mcg/coque 60 dose(s)	9,40	
02243115	Ventolin Diskus	GSK			
<b>SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE) </b> Aéro. oral			25 mcg -125 mcg/dose 120 dose(s)	90,69	
02245126	Advair 125	GSK			
Aéro. oral			25 mcg -250 mcg/dose 120 dose(s)	128,74	
02245127	Advair 250	GSK			
Pd. pour Inh.			50 mcg-100 mcg/coque <b>PPB</b>		
02240835 02494507 02495597	Advair 100 Diskus pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol Wixela Inhub	GSK Phmscience Mylan	60 dose(s) 60 dose(s) 60 dose(s) ➡	75,79 42,41 42,41	
Pd. pour Inh.			50 mcg-250 mcg/coque <b>PPB</b>		
02240836 02494515 02495600	Advair 250 Diskus pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol Wixela Inhub	GSK Phmscience Mylan	60 dose(s) 60 dose(s) 60 dose(s) ➡	90,69 50,76 50,76	
Pd. pour Inh.			50 mcg-500 mcg/coque <b>PPB</b>		
02240837 02494523 02495619	Advair 500 Diskus pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol Wixela Inhub	GSK Phmscience Mylan	60 dose(s) 60 dose(s) 60 dose(s) ➡	128,74 72,06 72,06	
<b>SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE) </b> Co.			100 mg 120	3960,00	33,0000
02350580	Kuvan	Biomarin			
<b>SARILUMAB </b> Sol. Inj. S.C. (ser)			200 mg/1,14 mL 2	1400,00	700,0000
02460548	Kevzara	SanofiAven			
Sol. Inj. S.C. (stylo)			150 mg/1,14 mL 2	1400,00	700,0000
02472961	Kevzara	SanofiAven			

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02472988	Kevzara	SanofiAven	200 mg/1,14 mL 2	1400,00	700,0000
<b>SATRALIZUMAB</b>					
Sol. Inj. S.C. 02499681	Enspryng (seringue)	Roche	120 mg/mL 1	9450,00	
<b>SAXAGLIPTINE</b>					
Co.	02507471   Apo-Saxagliptin	Apotex	30	2,5 mg PPB 37,95 ➡	1,2650
	100			126,50 ➡	1,2650
	02375842   Onglyza	AZC	30	69,00 ➡	2,3000
	02468603   Sandoz Saxagliptin	Sandoz	30	37,95 ➡	1,2650
Co.	02507498   Apo-Saxagliptin	Apotex	30	5 mg PPB 45,59 ➡	1,5195
	100			151,95 ➡	1,5195
	02333554   Onglyza	AZC	30	69,00 ➡	2,3000
	02468611   Sandoz Saxagliptin	Sandoz	30	45,59 ➡	1,5195
			100	151,95 ➡	1,5195
<b>SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)</b>					
Co.	02389169   Komboglyze	AZC	60	2,5 mg - 500 mg 76,20	1,2700
Co.	02389177   Komboglyze	AZC	60	2,5 mg - 850 mg 76,20	1,2700
Co.	02389185   Komboglyze	AZC	60	2,5 mg - 1 000 mg 76,20	1,2700
<b>SÉBÉLIPASE ALFA</b>					
Sol. Perf. I.V. 02469596	Kanuma	Alexion	10 ml	2 mg/mL (10 mL) 8546,00	
<b>SÉCUKINUMAB</b>					
Sol. Inj. S.C. * 02547724   Cosentyx (seringue)	Novartis	1	150 mg/mL (1 mL) 772,50		
* 02438070   Cosentyx (stylo)	Novartis	2	1545,00 ➡	772,5000	
		1	772,50 ➡		
		2	1545,00 ➡	772,5000	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**SELEXIPAG ▶**

Co.

02451158	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	200 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451166	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	400 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451174	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	600 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451182	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	800 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451190	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	1000 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	---------------------	---------

Co.

02451204	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	1200 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	---------------------	---------

Co.

02451212	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	1400 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	---------------------	---------

Co.

02451220	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	1600 mcg 3850,00	64,1667
----------	----------------	------------	----	---------------------	---------

**SELPERCATINIB ▶**

Caps.

02516918	<i>Retevmo</i>	Lilly	60	40 mg 3990,00	66,5000
----------	----------------	-------	----	------------------	---------

Caps.

02516926	<i>Retevmo</i>	Lilly	60	80 mg 7980,00	133,0000
----------	----------------	-------	----	------------------	----------

**SÉLUMÉTINIB ▶**

Caps.

+ 02530139	<i>Koselugo</i>	Alexion	60	10 mg 7356,00	122,6000
------------	-----------------	---------	----	------------------	----------

Caps.

+ 02530147	<i>Koselugo</i>	Alexion	60	25 mg 18390,00	306,5000
------------	-----------------	---------	----	-------------------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**SÉMAGLUTIDE ▶**

Co.

02497581	Rybelsus	N.Nordisk	30	3 mg 208,99	6,9663
----------	----------	-----------	----	----------------	--------

Co.

02497603	Rybelsus	N.Nordisk	30	7 mg 208,99	6,9663
----------	----------	-----------	----	----------------	--------

Co.

02497611	Rybelsus	N.Nordisk	30	14 mg 208,99	6,9663
----------	----------	-----------	----	-----------------	--------

Sol. Inj. S.C.

02471477	Ozempic	N.Nordisk	1	1,34 mg/mL (1,5 mL) 195,06	
----------	---------	-----------	---	-------------------------------	--

Sol. Inj. S.C.

02471469	Ozempic	N.Nordisk	1	1,34 mg/mL (3 mL) 195,06	
----------	---------	-----------	---	-----------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02540258	Ozempic	N.Nordisk	1	0,68 mg/mL (3 mL) 195,06	
----------	---------	-----------	---	-----------------------------	--

**SENNOSIDES A & B**

Co.

80103747	AG-Sennosides enrobé	Angita	500	8,6 mg 23,19	PPB
80064362	Alta-Senna	Altamed	1000	46,38	► 0,0464
80019511	Bio-Sennosides	Biomed	500	23,19	► 0,0464
02247389	Euro-Senna	Sandoz	1000	46,38	► 0,0464
80009595	Jamp-Senna	Jamp	100	4,64	► 0,0464
			500	23,19	► 0,0464
80009182	Jamp-Sennosides Enrobé	Jamp	500	23,19	► 0,0464
02068109	Lax-A Senna	Pendopharm	1000	46,38	► 0,0464
80079884	M-Senna 8,6 mg	Mantra Ph.	500	23,19	► 0,0464
80054498	M-Sennosides 8,6 mg	Mantra Ph.	500	23,19	► 0,0464
80120780	NORA Senna	Nora	1000	46,38	► 0,0464
80120779	Nora Sennosides	Nora	1000	46,38	► 0,0464
80038814	Opus Senna	Opus	1000	46,38	► 0,0464
80047592	Opus Sennosides Enrobé	Opus	1000	46,38	► 0,0464
00896411	pms-Sennosides	Phmscience	100	4,64	► 0,0464
			500	23,19	► 0,0464
80079605	Riva-Senna	Riva	100	4,64	► 0,0464
			1000	46,38	► 0,0464
80110688	Senna	Jamp	100	4,64	► 0,0464
			500	23,19	► 0,0464
80061813	SennAce	Vanc Phm	500	23,19	► 0,0464
80069737	Sennalax	Cellchem	60	2,78	► 0,0464
80054167	Sennosides	Altamed	1000	46,38	► 0,0464

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

80009183	<i>Jamp-Sennosides Enrobé</i>	Jamp	500	12 mg	<b>PPB</b>
00896403	<i>pms-Sennosides</i>	Phmscience	100	27,75	0,0555
			500	5,55	0,0555
80069733	<i>Sennalax Forte</i>	Cellchem	60	27,75	0,0555
				3,33	0,0555

**SÉVÉLAMER (CARBONATE DE) **

Co.

02461501	<i>Accel-Sevelamer</i>	Accel	180	800 mg	<b>PPB</b>
02354586	<i>Renvela</i>	SanofiAven	180	227,42	1,2634
				227,42	1,2634

Pd. Orale

02485567	<i>Renvela</i>	SanofiAven	90	2,4 g	
				341,12	3,7902

Pd. Orale

02485559	<i>Renvela</i>	SanofiAven	90	800 mg	
				113,71	1,2634

**SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

02244310	<i>Renagel</i>	SanofiAven	180	800 mg	
				277,36	1,5409

**SILDÉNAFIL (CITRATE DE) **

Co.

02469669	<i>Jamp-Sildenafil R</i>	Jamp	30	20 mg	<b>PPB</b>
02412179	<i>pms-Sildenafil R</i>	Phmscience	90	88,86	2,9620
			90	266,58	2,9620
			100	266,58	2,9620
02279401	<i>Revatio</i>	BGP Pharma	90	296,20	2,9620
02319500	<i>Teva-Sildenafil R</i>	Teva Can	100	962,75	10,6972
				296,20	2,9620

**SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE) **

Co.

02496429	<i>Mayzent</i>	Novartis	120	0,25 mg	
				2679,42	22,3285

Co.

02496437	<i>Mayzent</i>	Novartis	28	2 mg	
				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
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
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
02534290	<i>Pro-Sitagliptin Malate</i>	Pro Doc	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02504049	<i>Sandoz Sitagliptin</i>	Sandoz	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

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
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
			500	409,85	► 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
02534304	<i>Pro-Sitagliptin Malate</i>	Pro Doc	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02504057	<i>Sandoz Sitagliptin</i>	Sandoz	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	ACH-Sitagliptin	Accord	90	73,77	► 0,8197
02535548	AG-Sitagliptin	Angita	500	409,85	► 0,8197
02508672	Apo-Sitagliptin Malate	Apotex	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02529882	Auro-Sitagliptin	AuroPharma	100	81,97	► 0,8197
			500	409,85	► 0,8197
02534150	Jamp Sitagliptin	Jamp	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02303922	Januvia	Merck	30	78,53	2,6177
			100	261,77	2,6177
02534312	Pro-Sitagliptin Malate	Pro Doc	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02504065	Sandoz Sitagliptin	Sandoz	100	81,97	► 0,8197
			500	409,85	► 0,8197
02529068	Sitagliptin	Sivem	100	81,97	► 0,8197
			500	409,85	► 0,8197
02531666	Taro-Sitagliptin Fumarate	Taro	90	73,77	► 0,8197
02522721	Teva-Sitagliptin Malate	Teva Can	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197

**SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) □**

Co.

			50 mg -500 mg	PPB	
02509415	Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	60	41,10	► 0,6850
			100	68,50	► 0,6850
02333856	Janumet	Merck	60	82,20	1,3700
02534223	Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin	Pro Doc	60	41,10	► 0,6850
			100	68,50	► 0,6850
02540118	Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	60	41,10	► 0,6850
02503956	Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	60	41,10	► 0,6850
			500	342,50	► 0,6850
02529157	Sitagliptin-Metformin	Sivem	60	41,10	► 0,6850
			500	342,50	► 0,6850

Co.

			50 mg -850 mg	PPB	
02509423	Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	60	41,10	► 0,6850
			100	68,50	► 0,6850
02333864	Janumet	Merck	60	82,20	1,3700
02534231	Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin	Pro Doc	60	41,10	► 0,6850
			100	68,50	► 0,6850
02540126	Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	60	41,10	► 0,6850
02503964	Sandoz Sitagliptin-Metformin	Sandoz	60	41,10	► 0,6850
			360	246,60	► 0,6850
02529165	Sitagliptin-Metformin	Sivem	60	41,10	► 0,6850
			360	246,60	► 0,6850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02509431	Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	50 mg -1000 mg	<b>PPB</b>	
			60	41,10	0,6850
			100	68,50	0,6850
02333872	Janumet	Merck	60	82,20	1,3700
02534258	Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin	Pro Doc	60	41,10	0,6850
02540134	Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	500	342,50	0,6850
02503972	Sandoz Sitagliptin- Metformin	Sandoz	60	41,10	0,6850
02529173	Sitagliptin-Metformin	Sivem	360	246,60	0,6850
			60	41,10	0,6850
			360	246,60	0,6850
Co. L.A.					
02506270	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	50 mg -500 mg	<b>PPB</b>	
			60	41,10	0,6850
02416786	Janumet XR	Merck	60	82,20	1,3700
02529106	Sandoz Sitagliptin- Metformin XR	Sandoz	60	41,10	0,6850
Co. L.A.					
02506289	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	50 mg -1000 mg	<b>PPB</b>	
			60	41,10	0,6850
			100	68,50	0,6850
02416794	Janumet XR	Merck	60	82,20	1,3700
02529114	Sandoz Sitagliptin- Metformin XR	Sandoz	60	41,10	0,6850
Co. L.A.					
02506297	Apo-Sitagliptin/Metformin XR	Apotex	100 mg-1000 mg	<b>PPB</b>	
			30	41,10	1,3700
			100	137,00	1,3700
02416808	Janumet XR	Merck	30	82,20	2,7400
02529122	Sandoz Sitagliptin- Metformin XR	Sandoz	30	41,10	1,3700
<b>SOFOSBUVIR</b>					
Co.					
02418355	Sovaldi	Gilead	400 mg		
			28	18333,33	654,7618
<b>SOFOSBUVIR/VELPATASVIR</b>					
Co.					
02456370	Epclusa	Gilead	400 mg -100 mg		
			28	20000,00	714,2857
<b>SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPRÉVIR</b>					
Co.					
02467542	Vosevi	Gilead	400 mg -100 mg -100 mg		
			28	20000,00	714,2857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
<b>SOMATOTROPHINE ▶</b>					
Cartouche				5 mg	
02325063	Omnitrope	Sandoz	1 5	139,50 697,50	139,5000
Cartouche				6 mg	
02243077	Humatropé	Lilly	1	261,00	
02350122	Saizen	Serono	1	261,00	
Cartouche				10 mg	
02325071	Omnitrope	Sandoz	1 5	279,00 1395,00	279,0000
Cartouche				12 mg	
02243078	Humatropé	Lilly	1	334,80	
02350130	Saizen	Serono	1	334,80	
Cartouche				15 mg	
02459647	Omnitrope	Sandoz	1 5	418,50 2092,50	418,5000
Cartouche				20 mg	
02350149	Saizen	Serono	1	778,88	
Cartouche				24 mg	
02243079	Humatropé	Lilly	1	1120,08	
Pd. Inj.				5 mg	
02237971	Saizen	Serono	1	139,50	
Sol. Inj. S.C. (ser)				0,6 mg	
02401762	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	117,18	16,7400
Sol. Inj. S.C. (ser)				0,8 mg	
02401770	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	156,24	22,3200
Sol. Inj. S.C. (ser)				1 mg	
02401789	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	195,30	27,9000
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,2 mg	
02401797	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	234,36	33,4800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401800	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	1,4 mg 273,42	39,0600
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401819	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	1,6 mg 312,48	44,6400
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401827	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	1,8 mg 351,54	50,2200
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401835	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	2 mg 390,60	55,8000
Sty 02399091	<i>Nutropin AQ NuSpin 5</i>	Roche	1	5 mg 139,50	
Sty 02401703	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	5	5,3 mg 739,35	147,8700
Sty 02376393	<i>Nutropin AQ NuSpin 10</i>	Roche	1	10 mg 279,00	
Sty 02401711	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	5	12 mg 1674,00	334,8000
Sty 02399083	<i>Nutropin AQ NuSpin 20</i>	Roche	1	20 mg 778,88	
<b>SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER</b>					
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02529181 02334852	<i>Norditropin FlexPro</i> <i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk N.Nordisk	1 1	5 mg/1,5 mL 139,50 139,50	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02529203 02334860	<i>Norditropin FlexPro</i> <i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk N.Nordisk	1 1	10 mg/1,5 mL 279,00 279,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02529211 02334879	<i>Norditropin FlexPro</i> <i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk N.Nordisk	1 1	15 mg/1,5 mL 418,50 418,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE** 

Cartouche

99101243	Saizen	Serono	1	6 mg	261,00
----------	--------	--------	---	------	--------

Cartouche

99101242	Nutropin AQ NuSpin 10	Roche	1	10 mg	279,00
----------	-----------------------	-------	---	-------	--------

Cartouche

99101245	Saizen	Serono	1	12 mg	334,80
----------	--------	--------	---	-------	--------

Cartouche

99101246	Saizen	Serono	1	20 mg	778,88
----------	--------	--------	---	-------	--------

Pd. Inj.

99101244	Saizen	Serono	1	5 mg	139,50
----------	--------	--------	---	------	--------

Sty

99101238	Nutropin AQ NuSpin 5	Roche	1	5 mg	139,50
----------	----------------------	-------	---	------	--------

Sty

99101240	Nutropin AQ NuSpin 20	Roche	1	20 mg	778,88
----------	-----------------------	-------	---	-------	--------

**SORAFENIB (TOSYLATE DE)** 

Co.

02284227	Nexavar	Bayer	112	200 mg	5152,99	46,0088
----------	---------	-------	-----	--------	---------	---------

**STIRIPENTOL** 

Caps.

02398958	Diacomit	Biocodex	60	250 mg	353,90	5,8983
----------	----------	----------	----	--------	--------	--------

Caps.

02398966	Diacomit	Biocodex	60	500 mg	706,70	11,7783
----------	----------	----------	----	--------	--------	---------

Pd. Orale

02398974	Diacomit	Biocodex	60	250 mg/sachet	353,90	5,8983
----------	----------	----------	----	---------------	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**SUNITINIB (MALATE DE) **

Caps.

12,5 mg PPB					
02532190	<i>Auro-Sunitinib</i>	Aurobindo	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>	Aurobindo	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>	Aurobindo	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.

02244149	<i>Protopic</i>	Leo	30 g	64,50	2,1500
			60 g	129,00	2,1500

0,03 %

Pom. Top.

02244148	<i>Protopic</i>	Leo	30 g	69,00	2,3000
			60 g	138,00	2,3000

0,1 %

**TADALAFIL **

Co.

20 mg PPB					
02338327	<i>Adcirca</i>	Lilly	56	680,81	12,1573
02421933	<i>Apo-Tadalafil PAH</i>	Apotex	60	607,37	► 10,1228

**TAFAMIDIS **

Caps.

02517841	<i>Vyndamax</i>	Pfizer	30	16028,40	534,2800
----------	-----------------	--------	----	----------	----------

61 mg

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**TAFAMIDIS MÉGLUMINE □**

Caps.

02495732	Vyndaqel	Pfizer	120	20 mg 16028,40	133,5700
----------	----------	--------	-----	-------------------	----------

**TAZAROTÈNE □**

Lot.

02517868	Arazlo	Bausch H.	45 g	0,045% 63,23
----------	--------	-----------	------	-----------------

**TEPOTINIB (CHLORHYDRATE DE) □**

Co.

02516322	Tepmetko	Serono	60	225 mg 9237,60	153,9600
----------	----------	--------	----	-------------------	----------

**TÉRIFLUNOMIDE □**

Co.

02502933	ACH-Teriflunomide	Accord	28	14 mg PPB 418,04 ➔	14,9300
02500639	Apo-Teriflunomide	Apotex	28	418,04 ➔	14,9300
02416328	Aubagio	Genzyme	28	1426,82	50,9579
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.

02486423	Teva-Teriparatide injectable	Teva Can	1	250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL) 565,26
----------	------------------------------	----------	---	---------------------------------------

**TÉRIPARATIDE (BIOSIMILAIRE) □**

Sol. Inj. S.C.

02495589	Osnuvo	Avir	1	250 mcg/mL (2,4 mL) 565,26
----------	--------	------	---	-------------------------------

**TÉZÉPÉLUMAB □**

Sol. Inj. S.C.

02529548	Tezspire (seringue)	AZC	1	110 mg/mL (1,91 mL) 1938,46
02529556	Tezspire (stylo)	AZC	1	1938,46

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**THALIDOMIDE**

Caps.

02355191	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	50 mg 825,13	29,4689
----------	-----------------	---------	----	-----------------	---------

Caps.

02355205	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	100 mg 1650,26	58,9379
----------	-----------------	---------	----	-------------------	---------

Caps.

02355221	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	200 mg 3300,64	117,8800
----------	-----------------	---------	----	-------------------	----------

**TICAGRÉLOR**

Co.

02537192	<i>AG-Ticagrelor</i>	Angita	60	90 mg 23,76	PPB 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.

02409356	<i>Tigecycline</i>	Apotex	10	50 mg 714,23	PPB 71,4225
02285401	<i>Tygacil</i>	Pfizer	10	802,50	80,2500

**TILDRAKIZUMAB**

Sol. Inj. S.C. (ser)

02516098	<i>Ilumya</i>	Sun Pharma	1	100 mg/mL (1 mL) 4935,00	
----------	---------------	------------	---	-----------------------------	--

**TIPRANAVIR**

Caps.

02273322	<i>Aptivus</i>	Bo. Ing.	120	250 mg 990,00	8,2500
----------	----------------	----------	-----	------------------	--------

**TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)**

Co.

02536765	<i>Mint-Tizanidine</i>	Mint	100	4 mg 36,86	PPB 0,3686
02259893	<i>Tizanidine</i>	Apotex	100	36,86	0,3686

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**TOBRAMYCINE (SULFATE DE) **

Pd. pour Inh.

02365154	Tobi Podhaler	BGP Pharma	224	28 mg	2880,36
----------	---------------	------------	-----	-------	---------

Sol. pour Inh.

02389622	Teva-Tobramycin	Teva Can	300 mg/5 mL	PPB	56	1533,36	27,3814
02239630	Tobi	BGP Pharma	56		2880,36	51,4350	

**TOCILIZUMAB **

Sol. Inj. S.C. (ser)

02424770	Actemra	Roche	4	162 mg/0,9 mL	1420,00	355,0000
----------	---------	-------	---	---------------	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02483327	Actemra	Roche	4	162 mg/0,9 mL	1420,00	355,0000
----------	---------	-------	---	---------------	---------	----------

Sol. Perf. I.V.

02350092	Actemra	Roche	1	20 mg/mL (4 mL)	179,20
----------	---------	-------	---	-----------------	--------

Sol. Perf. I.V.

02350106	Actemra	Roche	1	20 mg/mL (10 mL)	448,00
----------	---------	-------	---	------------------	--------

Sol. Perf. I.V.

02350114	Actemra	Roche	1	20 mg/mL (20 mL)	896,00
----------	---------	-------	---	------------------	--------

**TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA) <sup>5</sup>**

Caps.

99002396			100	100 UI	
----------	--	--	-----	--------	--

Caps.

99002418			100	200 UI	
----------	--	--	-----	--------	--

Caps.

99002426			100	400 UI	
----------	--	--	-----	--------	--

Co. Croq.

99100202			90	200 UI	
----------	--	--	----	--------	--

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. Orale 99002469			25 ml	50 UI/mL	
<b>TOFACITINIB (CITRATE DE) R</b>					
Co.				5 mg PPB	
02530007   <i>Auro-Tofacitinib</i>	Aurobindo	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	
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	1270,31	21,1718	
02511312   <i>Taro-Tofacitinib</i>	Taro	60	1270,31	21,1718	
02480786   <i>Xeljanz</i>	Pfizer	60	2540,62	42,3436	
Co. L.A.				11 mg	
02470608   <i>Xeljanz XR</i>	Pfizer	30	1385,79	46,1930	
<b>TRAMÉTINIB R</b>					
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	
<b>TREPROSTINIL SODIQUE R</b>					
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.

00657204	Stieva-A	GSK	25 g	0,01 %	7,30	0,2920
----------	----------	-----	------	--------	------	--------

Cr. Top.

00443794	Retin-A	Bausch H.	30 g	0,05 %	10,36	0,3453
----------	---------	-----------	------	--------	-------	--------

Gel Top.

01926462	Vitamin A Acid Gel Doux	Bausch H.	25 g	0,01 %	7,41	0,2964
----------	-------------------------	-----------	------	--------	------	--------

#### TRIENTINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

02504855	Mar-Trientine	Marcan	100	250 mg PPB	2000,00	►	20,0000
02515067	Waymade-Trientine	Waymade	100		2000,00	►	20,0000

#### TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.

02472104	Lonsurf	Taiho	20	15 mg - 6,14 mg	1525,00	76,2500
----------	---------	-------	----	-----------------	---------	---------

Co.

02472112	Lonsurf	Taiho	20	20 mg - 8,19 mg	1525,00	76,2500
----------	---------	-------	----	-----------------	---------	---------

#### TRIHEPTANOÏNE

Liq.

02512556	Dojolvi	Ultragenyx	500 ml	100 %	6365,00	12,7300
----------	---------	------------	--------	-------	---------	---------

#### TROSPiUM (CHLORURE DE)

Co.

02506661	JAMP Trospium	Jamp	60	20 mg PPB	24,43	►	0,4072
02488353	Mar-Trospium	Marcan	60		24,43	►	0,4072
02275066	Trosec	Sunovion	60		24,43	►	0,4072

#### UPADACITINIB

Co. L.A.

02495155	Rinvoq	AbbVie	30	15 mg	1385,70	46,1900
----------	--------	--------	----	-------	---------	---------

Co. L.A.

02520893	Rinvoq	AbbVie	30	30 mg	2220,00	74,0000
----------	--------	--------	----	-------	---------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. 02539721	Rinvoq	AbbVie	28	45 mg 2850,68	101,8100
<b>USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN) </b>					
Sol. Inj. S.C. 99114313	Wezlana	Amgen	1	45 mg/0,5 mL 2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser) 99114312	Wezlana	Amgen	1	45 mg/0,5 mL 2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser) 99114314	Wezlana	Amgen	1	90 mg/1 mL 2755,88	
Sol. Perf. I.V. 02544210	Wezlana	Amgen	1	5 mg/mL (26 mL) 1248,00	
<b>USTEKINUMAB (MALADIE DE CROHN) </b>					
Sol. Inj. S.C. (ser) 99114386	Steqeyma	Celltrion	1	45 mg/0,5 mL 2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser) 99114387	Steqeyma	Celltrion	1	90 mg/1 mL 2755,88	
Sol. Perf. I.V. 02550261	Steqeyma	Celltrion	1	5 mg/mL (26 mL) 1248,00	
<b>USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE) </b>					
Sol. Inj. S.C. 02544202	Wezlana	Amgen	1	45 mg/0,5 mL 2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02543036 02550245 02544180	Jamteki Steqeyma Wezlana	Jamp Celltrion Amgen	1 1 1	45 mg/0,5 mL 2755,88 2755,88 2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02543044 02550253 02544199	Jamteki Steqeyma Wezlana	Jamp Celltrion Amgen	1 1 1	90 mg/1 mL 2755,88 2755,88 2755,88	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**VEDOLIZUMAB** 

Pd. Perf. I.V.

02436841	Entyvio	Takeda	1	300 mg 3290,00	
----------	---------	--------	---	-------------------	--

Sol. Inj. S.C.

02497875	Entyvio (seringue)	Takeda	1	108 mg/0,68 mL 822,50	
02497867	Entyvio (stylo)	Takeda	2	1645,00	822,5000
			1	822,50	
			2	1645,00	822,5000

**VÉMURAFÉNIB** 

Co.

02380242	Zelboraf	Roche	56	240 mg 1911,59	34,1355
----------	----------	-------	----	-------------------	---------

**VÉNÉTOCLAX** 

Co.

02458039	Venclexta	AbbVie	2	10 mg 13,60	6,8000
----------	-----------	--------	---	----------------	--------

Co.

02458047	Venclexta	AbbVie	1	50 mg 33,99	
----------	-----------	--------	---	----------------	--

Co.

02458055	Venclexta	AbbVie	120	100 mg 67,99 8158,50	67,9875
----------	-----------	--------	-----	----------------------------	---------

**VÉRICIGUAT** 

Co.

02537044	Verquvo	Bayer	14	2,5 mg 67,62	4,8300
----------	---------	-------	----	-----------------	--------

Co.

02537052	Verquvo	Bayer	14	5 mg 67,62	4,8300
----------	---------	-------	----	---------------	--------

Co.

02537060	Verquvo	Bayer	28	10 mg 135,24	4,8300
----------	---------	-------	----	-----------------	--------

**VERTÉPORFINE** 

Pd. Inj. I.V.

02242367	Visudyne	Cheplaphar	1	15 mg 1703,10	
----------	----------	------------	---	------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**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.

02409267	Erivedge	Roche	28	150 mg 8238,26	294,2236
----------	----------	-------	----	-------------------	----------

**VORICONAZOLE **

Co.

02525771	Jamp Voriconazole	Jamp	30	50 mg  PPB 95,87	3,1957
02399245	Sandoz Voriconazole	Sandoz	30	95,87 	3,1957
02396866	Teva-Voriconazole	Teva Can	30	95,87 	3,1957
02256460	Vfend	Pfizer	30	370,53	12,3510

Co.

02525798	Jamp Voriconazole	Jamp	30	200 mg  PPB 383,33	12,7777
02399253	Sandoz Voriconazole	Sandoz	30	383,33 	12,7777
02396874	Teva-Voriconazole	Teva Can	30	383,33 	12,7777
02256479	Vfend	Pfizer	30	1481,49	49,3830

Pd. Perf. I.V.

02256487	Vfend	Pfizer	1	200 mg  PPB 145,55	
02477696	Voriconazole pour injection	Jamp	1	136,58 	

**VUTRISIRAN **

Sol. Inj. S.C. (ser)

+ 02542420	Amvuttra	Alnylam	1	50 mg/mL (0,5 mL) 143041,00	
------------	----------	---------	---	--------------------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ZANUBRUTINIB** 

Caps.

02512963	Brutkinsa	BeiGene	120	80 mg 8158,00	67,9833
----------	-----------	---------	-----	------------------	---------

**ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)** 

Sol. Perf. I.V.

			4 mg/5 mL	PPB	
02422425	Acide zolédronique pour injection	Dr Reddy's	5 ml	► 134,61	
02434458	Acide zolédronique pour injection	Fresenius	5 ml	► 134,61	
02444739	Acide zolédronique pour injection	Juno	5 ml	► 134,61	
02472805	Acide zolédronique pour injection	Marcan	5 ml	► 134,61	
02415186	Acide zolédronique pour injection	Taro	5 ml	► 134,61	
02407639	Acide zolédronique pour injection	Teva Can	5 ml	► 134,61	
02401606	Acide zolédronique-Z	Sandoz	5 ml	► 134,61	
02482525	Jamp-Zoledronic Acid	Jamp	5 ml	► 134,61	
02248296	Zometa	Novartis	5 ml	538,45	

Sol. Perf. I.V.

			5 mg/ 100 mL	PPB	
02422433	Acide zolédronique injectable	Dr Reddy's	1	► 335,40	
02269198	Aclasta	Sandoz	1	668,60	
02415100	Injection d'acide zolédronique	Taro	1	► 335,40	

## **FOURNITURES**



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

#### FOURNITURES <sup>6</sup>

##### AIGUILLE JETABLE AVEC DISPOSITIF DE SÉCURITÉ POUR AUTO-INJECTEUR D'INSULINE <sup>9</sup>

99100517			1		
----------	--	--	---	--	--

##### AIGUILLE JETABLE POUR AUTO-INJECTEUR

99002108			1		
----------	--	--	---	--	--

##### AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES DE MÉTHOTREXATE

99101194			1		
----------	--	--	---	--	--

#### CHAMBRE D'ESPACEMENT <sup>28</sup>

99002116			1		
----------	--	--	---	--	--

##### CHAMBRE D'ESPACEMENT ET MASQUE <sup>29</sup>

99002124			1		
----------	--	--	---	--	--

##### ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT EN SITUATION D'URGENCE <sup>23</sup>

99113729			1		
----------	--	--	---	--	--

##### ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN <sup>23</sup>

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN COVID-19 (AVEC SERINGUE FOURNIE PAR LE GOUVERNEMENT)<sup>24</sup>**

99113862			1		
----------	--	--	---	--	--

**HEPARINE SODIQUE**

Sol. rinçage (ser.)

99113757	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	10 U/mL (3 et 5 mL)		
			3 ml	0,68	

10 U/mL (3 et 5 mL)

3 ml  
5 ml

0,68  
0,67

Sol. rinçage (ser.)

99113759	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	100 U/mL (3 et 5 mL)		
			3 ml	0,69	

100 U/mL (3 et 5 mL)

3 ml  
5 ml

0,69  
0,70

**MASQUE POUR CHAMBRE D'ESPACEMENT**

99003643			1		
----------	--	--	---	--	--

**PAILLES DE PRÉLÈVEMENT ENFIT**

Paille

99114343			> 2 mm de diamètre		
			1		

> 2 mm de diamètre

1

**SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE POUR INSULINE**

0,25 cc

99002132			1		
----------	--	--	---	--	--

99002132

0,3 cc

99002140			1		
----------	--	--	---	--	--

99002140

0,5 cc

99002159			1		
----------	--	--	---	--	--

99002159

1,0 cc

99002167			1		
----------	--	--	---	--	--

99002167

24 Prix maximal remboursable : 0,25. 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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE RÉTRACTABLE 13**

99101335			1	3 cc	
----------	--	--	---	------	--

**SERINGUE ET AIGUILLE(S) JETABLES**

99002345			1	1,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

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	
----------	--	--	---	-------	--

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

99100668			1	20 cc	
----------	--	--	---	-------	--

99100669			1	30 cc à 50 cc	
----------	--	--	---	---------------	--

#### SERINGUES NON STÉRILES ENFIT

Seringue

99114344			1	1 mL	
----------	--	--	---	------	--

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

99100499	BD Saline SP NaCl 0.9 %	B-D	3 ml 5 ml 10 ml 3 ml 5 ml 10 ml	0,9 % PPB 0,90 0,95 1,00 0,85 0,90 0,95	
99100894	Chlorure de Sodium	MedXL			

**PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL**



CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL 6**

**AMPHOTÉRICINE B **

Pd. Inj.

99100416			20 ml	50 mg	
----------	--	--	-------	-------	--

**CLOMIFÈNE (CITRATE DE) **

Pd.

99113918			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

**CYCLOSPORINE **

Sol. Inj.

99100387			1		
----------	--	--	---	--	--

**CYSTÉAMINE **

Pd.

99113753			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

**DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE) **

Liq. oral

99113920			1 ml		
----------	--	--	------	--	--

**ÉRYTHROMYCINE **

Pd. (usage externe)

99100163			2 g		
----------	--	--	-----	--	--

**GOUDRON MINÉRAL**

00897361			25 g		
----------	--	--	------	--	--

**GOUDRON VÉGÉTAL**

00908169			100 ml		
----------	--	--	--------	--	--

**HYDROCORTISONE**

00900761			5 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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') ®**

00906689			10 g		
----------	--	--	------	--	--

**LIQUOR CARBONIS DETERGENS**

00903256			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

**MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) ®**

00907561	Méthadone		1	1 g à 100 g	
----------	-----------	--	---	-------------	--

**MITOMYCINE ®**

Pd. Inj.

99004518			1		
----------	--	--	---	--	--

**NIFÉDIPINE ®**

Pd.

99113740			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

**SALICYLIQUE (ACIDE)**

00901164			50 g		
----------	--	--	------	--	--

**SODIUM (BENZOATE DE) - INGRÉDIENT ACTIF**

Pd.

99101236			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

**SOUFRE (COLLOÏDAL)**

00901725			50 g		
----------	--	--	------	--	--

**SOUFRE (PRÉCIPITÉ)**

00901733			500 g		
----------	--	--	-------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**SOUFRE (SUBLIMÉ)**

00896217			125 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 <sup>6</sup>**

**ACIDE CITRIQUE**

Pd.

99001500			50 g		
----------	--	--	------	--	--

**AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES**

99005077			100		
----------	--	--	-----	--	--

**APPLICATEUR VAGINAL**

99114269			1		
----------	--	--	---	--	--

**BASES/ ÉMULSIONS <sup>22</sup>**

99101014			1		
----------	--	--	---	--	--

**BICARBONATE DE SODIUM**

Pd.

99100058			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

**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.

99114309			1 ml	4 g/100 mL	
----------	--	--	------	------------	--

**DEXTROSE**

Sol. Inj.

99002256			500 ml 1000 ml	5 %	
----------	--	--	-------------------	-----	--

**DEXTROSE (MINI-SACS)**

Sol. Inj.

00921289			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml	5 %	
----------	--	--	------------------------------------	-----	--

**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 5 ml		
00905186					

**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	<i>Flolan (diluant pour)</i>	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.

1 % (2 mL à 5 mL)

99101013			1		
----------	--	--	---	--	--

**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.

1 500 cps

99001527			500 g		
----------	--	--	-------	--	--

**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		
----------	--	--	---	--	--

**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.

0,9 %

99002310			500 ml 1000 ml		
----------	--	--	-------------------	--	--

**SODIUM (CHLORURE DE) (MINI-SAC)**

Sol. Inj.

0,9 %

00921300			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml		
----------	--	--	------------------------------------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

**SODIUM (CHLORURE DE) (PETITS VOLUMES)**

Sol. Inj.

99002329			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml	0,9 %	
----------	--	--	---------------------------------	-------	--

**SODIUM (CHLORURE DE) INHALOTHÉRAPIE**

0,9 %

99101482			3 ml	0,9 %	
----------	--	--	------	-------	--

**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		
----------	--	--	------	--	--

