



LISTE DES MÉDICAMENTS

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISSN 1913-2786
ISBN 978-2-555-03074-9 (PDF)

Québec, le 2 février 2026

Annexe 1

Liste des médicaments 4 février 2026

Table des matières

1.	DÉTERMINATION DU PRIX D'UN MÉDICAMENT	3
2.	MÉDICAMENT BIOLOGIQUE	7
3.	MÉDICAMENT MAGISTRAL.....	8
4.	MÉDICAMENTS D'EXCEPTION	9
5.	FOURNITURES.....	12
6.	MÉDICAMENTS COUVERTS PAR LA MESURE DU PATIENT D'EXCEPTION	13
7.	CAS D'EXCEPTION À L'EXCLUSION TEMPORAIRE D'UN MÉDICAMENT DES GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	19
8.	MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)	20
9.	NOMBRE MAXIMAL DE RÉACTIFS QUANTITATIFS DU GLUCOSE DANS LE SANG (BANDELETTES)	20
10.	TRAITEMENT DE LA MALADIE À CORONAVIRUS 2019 (COVID-19)	22

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

Médicaments d'exception

Fournitures

Liste des produits pour médicament magistral

Véhicules, solvants ou adjuvants

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

1. DÉTERMINATION DU PRIX D'UN MÉDICAMENT

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

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

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

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

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

1.1. Prix de vente garanti

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

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

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

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

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

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

1.2. Prix payable

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

1.2.1. Prix réel d'acquisition

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

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

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

1.2.2. Prix le plus bas

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

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

1.2.2.1. Méthode du prix le plus bas

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

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

1.2.2.2. Regroupement de formes pharmaceutiques et de teneurs

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

1.2.2.3. Exceptions à la méthode du prix le plus bas

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

- 1° pour le remboursement de *Prevacid^{MC} FasTab*, lorsqu'il est prescrit à une personne âgée de moins de 18 ans pour laquelle l'utilisation d'un comprimé à dissolution orale est essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés;
- 2° pour le remboursement de *DDAVP^{MC} Melt*, lorsqu'il est prescrit à une personne pour laquelle l'utilisation d'un comprimé à dissolution orale est essentielle à l'atteinte des résultats cliniques escomptés;
- 3° pour le remboursement de *Cellcept^{MC}*, *Clozari^{MC}*, *Depakene^{MC}*, *Dilantin^{MC}*, *Dilantin-125^{MC}*, *Epival^{MC}*, *Imuran^{MC}*, *Myfortic^{MC}*, *OxyNeo^{MC}*, *Prograf^{MC}*, *Tegretol^{MC}* ou *Tegretol CR^{MC}*, lorsqu'il est prescrit à une personne qui en a déjà obtenu le remboursement dans les douze (12) mois précédent le 2 juillet 2025 à la suite de la présentation d'une ordonnance sur laquelle l'auteur indiquait de ne pas substituer ce médicament;
- 4° pour le remboursement d'un autre médicament inscrit à la *Liste* lorsque les conditions suivantes sont rencontrées :
 - a) le médicament de même dénomination commune le moins coûteux cause à la personne qui l'utilise une allergie ou une intolérance documentée à un ingrédient non médicinal présent dans sa composition, mais absent de celle du médicament innovateur;
 - b) dans le cas d'une intolérance, celle-ci est grave et a eu pour conséquence une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation, une intervention médicale d'urgence ou une invalidité ou une incapacité persistante ou importante;
 - c) un médicament générique ayant une composition identique à celle de l'innovateur n'est pas disponible au Canada;
 - d) un médicament générique qui ne contient pas un ingrédient non médicinal qui cause une allergie ou une intolérance grave à la personne visée par l'ordonnance n'est pas disponible au Canada.

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

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

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

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

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

1.2.3. Montant maximum

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

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

1.2.4. Marge bénéficiaire du grossiste en médicaments reconnu

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

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

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

1.2.4.1. Plafonnement de la marge bénéficiaire

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

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

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

1.2.4.2. Deux prix de vente garantis

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

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

1.2.5. Conditions d'approvisionnement

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 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 (chapitre A-28, r. 1), ces établissements peuvent facturer au régime général les médicaments inscrits à la *Liste* lorsqu'ils sont fournis à des personnes assurées par le régime général.

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

2. MÉDICAMENT BIOLOGIQUE

2.1. Définitions

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

2.2. Règles générales

Un médicament biologique d'origine inscrit à la *Liste* 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 application de la mesure du patient d'exception prévue au point 6. de la *Liste* fait l'objet des garanties du régime général d'assurance médicaments jusqu'à ce qu'un médicament biosimilaire à ce médicament soit commercialisé au Canada.

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, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant la fin de la couverture du médicament en application du point 2.2. dans les cas suivants :

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

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

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

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

2.4. Transition vers un autre médicament biologique

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

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

3. MÉDICAMENT MAGISTRAL

3.1. Définition

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

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

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

- Une préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste des médicaments* et qui renferme 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 cyclophosphamide (à partir de la poudre injectable intraveineuse), de dexaméthasone, de gabapentine, d'hydroxyurée, de méthadone, de méthronidazole, de phytoneadione, de prednisone, de pyridoxine (à partir de la solution injectable 100 mg/ml) 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*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV.1

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

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

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

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

- 1° Pour le remboursement de Enbrel^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel^{MC} SureClick^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL :
 - a) dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylite ankylosante, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1;
 - b) dans le cas de l'arthrite idiopathique juvénile, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 1^{er} février 2018 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1;
 - c) dans les cas d'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou autre que rhumatoïde ou d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.
- 2° Pour le remboursement de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1 sans qu'il n'y ait eu d'interruption du traitement pharmacologique;
- 3° Pour le remboursement de Remicade^{MC}, la personne admissible doit avoir commencé le traitement pour l'une des indications thérapeutiques prévues à l'Annexe IV.1 et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020;
- 4° Pour le remboursement de Lucentis^{MC} Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23 mL) et de Lucentis^{MC} Sol. Inj. (seringue) 10 mg/mL (0,165 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 13 décembre 2023;
- 5° Pour le remboursement de Stelara^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 45 mg/0,5 mL et 90 mg/1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 23 mai 2024;
- 6° Pour le remboursement de Prolia^{MC} (Sol. Inj. S.C. (seringue) 60 mg/mL) et de Xgeva^{MC} (Sol. Inj. S.C. 120 mg/1,7 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 7 novembre 2024.
- 7° Pour le remboursement de Actemra^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 162 mg/0,9 mL, Sol. Inj. S.C. (stylo) 162 mg/0,9 mL et Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (4 mL, 10 mL et 20 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 22 mai 2025.
- 8° Pour le remboursement de Xolair^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 150 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 25 septembre 2025.
- 9° Pour le remboursement de Eylea^{MC} (Sol. Inj. 40 mg/mL (0,278 mL) et Sol. Inj. (seringue) 40 mg/mL (0,177 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 6 novembre 2025.

4.2.3. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV.2

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

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

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

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

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

5. FOURNITURES

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

5.1. Prix payable

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

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

6.1. Présentation de la mesure du patient d'exception

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

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

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

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

6.2.1. Demande d'autorisation

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2.1.1. Renouvellement de l'autorisation

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

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

6.2.2. Respect des critères

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

6.2.2.1. La gravité de la condition médicale

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

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

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

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

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

6.2.2.2. Nécessité médicale particulière

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

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

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

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

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

La personne doit, selon le cas :

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

6.2.2.4. Un médicament de dernier recours

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

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

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

6.2.3. Caractéristiques du médicament couvert

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

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

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

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

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

6.2.4.1. Médicaments exclus

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

- 1° les médicaments biologiques de référence qui ne sont plus couverts en application du point 2.2., sauf dans les cas prévus au point 2.3.;
- 2° les médicaments prescrits à des fins esthétiques ou cosmétiques;
- 3° les médicaments prescrits pour le traitement de l'alopécie ou de la calvitie;
- 4° les médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile;

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

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

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

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

- 1° Pour le remboursement de Lantus^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL) et de Lantus^{MC} Solostar^{MC} Sol. Inj. S.C (3 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017;
- 2° Pour le remboursement de Copaxone^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 20 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018. Ce médicament ne fait plus l'objet des garanties du régime général à compter du 13 avril 2022 sauf pour les personnes visées au paragraphe 2 ou 3 du point 2.3.;
- 3° Pour le remboursement de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 sans qu'il n'y ait eu d'interruption du traitement pharmacologique;
- 4° Pour le remboursement de Enbrel^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel^{MC} SureClick^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020;
- 5° Pour le remboursement de Rituxan^{MC} Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020;
- 6° Pour le remboursement de Humira^{MC} (seringue et stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie, d'un assureur ou d'un administrateur d'un régime d'avantages sociaux avant le 3 mars 2021;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1° pour une durée maximale de 90 jours de traitement, consécutifs ou non consécutifs, par période de 12 mois débutant le jour de la délivrance de l'IPP, dans le cas d'une dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée à l'investigation, avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastroœsophagien, d'un helicobacter pylori positif et d'un ulcère gastrique ou duodénal;
- 2° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP12, dans le cas d'une dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'une prophylaxie cytoprotectrice, d'une grossesse, du port d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale et d'un intestin court;
- 3° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP205, dans le cas d'une dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée à l'investigation, d'une dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP, d'une gastroentérite éosinophilique, d'un 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^e 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°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%
* 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 <u>6,5%</u>	Siège social: LPG Inventory Solutions 40 Milburn Road Hamilton, Ontario, Canada L8E 3L9	Marge bénéficiaire <u>6,5%</u>
Code de source d'approvisionnement S		Code de source d'approvisionnement T	
Sentrex Distribution Inc.		Nu-Quest Distribution Inc.	
Siège social: Sentrex Distribution Inc. 120 Valleywood Drive Markham, Ontario, Canada L3R 6A7	Marge bénéficiaire <u>6,5%</u>	Siège social: Nu-Quest Distribution Inc. 101-96, Clyde Ave Mount Pearl, Terre-Neuve, Canada A1N 4S2	Marge bénéficiaire <u>6,5%</u>
Code de source d'approvisionnement U		Code de source d'approvisionnement V	
Distribution 2LG Inc.		SRX Health Wholesale & Distribution	
Siège social: Distribution 2LG Inc. 102-1525 boul. Ford Châteauguay Châteauguay, Québec, Canada J6J 4Z2	Marge bénéficiaire <u>6,5%</u>	Siège social: SRX Health Wholesale & Distribution 755 Queensway East - Unit 18 Mississauga, Ontario, Canada L4Y 4C5	Marge bénéficiaire <u>6,5%</u>
Code de source d'approvisionnement W		Code de source d'approvisionnement X	

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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Otsuka Can	Abilify Asimtufii Susp. Inj. I.M. (ser) 720 mg/2,4 mL	1
Otsuka Can	Abilify Asimtufii Susp. Inj. I.M. (ser) 960 mg/3,2 mL	1
Jamp	Abiraterone Co. 500 mg	60
Pfizer	Abrilada (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Pfizer	Abrilada (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Mylan	Acétate de glatiramère injectable Sol. Inj. S.C. (ser) 20 mg/mL (1 mL)	30
S. & N.	Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) Pans. Plus de 500 cm ² (surface active)	6
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
AuroPharma	Acyclovir Sodium Injection Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
AuroPharma	Acyclovir Sodium Injection Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Bayer	Adempas Co. 0,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2,5 mg	42
Novartis	Afinitor Co. 2,5 mg	30
Novartis	Afinitor Co. 5 mg	30
Novartis	Afinitor Co. 10 mg	30
Apotex	Aflivu Sol. inj. 40 mg/mL (0,278 mL)	1
Apotex	Aflivu Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL (0,165 mL à 0,177 mL)	1
Janss. Inc	Akeega Co. 50 mg - 500 mg	60
Janss. Inc	Akeega Co. 100 mg - 500 mg	60
Roche	Alecensaro Caps. 150 mg	240
Takeda	Alunbrig Co. 30 mg	28
Takeda	Alunbrig Co. 90 mg	28
Takeda	Alunbrig Co. 180 mg	28
Takeda	Alunbrig Trousse (orale solide) 90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.)	1
Amgen	Amgevita (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2

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

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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Merck	Capvaxive (bte de 10 doses) Sol. Inj. I.M. (ser) 84 µg polysaccharides pneumococciques conjugués à 65 µg CRM197 / 0,5 mL	10 dose(s)
Gilead	Cayston Sol. pour Inh. 75 mg	84
Hikma	Céfuroxime pour injection USP Pd. Inj. 7,5 g	10
ViiV	Celsentri Co. 150 mg	60
ViiV	Celsentri Co. 300 mg	60
Pfizer	Cibinqo Co. 50 mg	30
Pfizer	Cibinqo Co. 100 mg	30
Pfizer	Cibinqo Co. 200 mg	30
U.C.B.	Cimzia Sol. Inj. S.C. (ser) 200 mg/ml (1 ml)	2
U.C.B.	Cimzia Sol. Inj. S.C. (stylo) 200 mg/ml (1 ml)	2
Pfizer	Comirnaty Ser. préremplie inj. I.M. 30 mcg/0,3 mL	10 dose(s)
Gilead	Complera Co. 200 mg - 25 mg - 300 mg	30
Novartis	Cosentyx (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Novartis	Cosentyx (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
Novartis	Cosentyx (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
Merck	Delstrigo Co. 100 mg -300 mg -300 mg	30
Merck	Difidic Co. 200 mg	20
Ultranonyx	Dojolvi Liq. 100 %	500 ml
ViiV	Dovato Co. 50 mg-300 mg	30
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/mL (2 mL)	2
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (ser) 175 mg/mL (1,14 mL)	2
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/mL (2 mL)	2
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (stylo) 175 mg/mL (1,14 mL)	2
Lilly	Ebglyss Sol. Inj. S.C. (ser) 125 mg/mL (2 mL)	1
Lilly	Ebglyss Sol. Inj. S.C. (stylo) 125 mg/mL (2 mL)	1
Lilly	Ebglyss Sol. Inj. S.C. (stylo) 125 mg/mL (2 mL)	2
Tolmar	Eligard Trousse 22,5 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 30 mg	1
Tolmar	Eligard Trousse 45 mg	1
SOBI	Empaveli Sol. Perf. S. C. 54 mg/mL (20 mL)	1
Roche	Enspryng (seringue) Sol. Inj. S.C. 120 mg/mL	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Takeda	Entyvio Pd. Perf. I.V. 300 mg	1
Takeda	Entyvio (seringue) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	1
Takeda	Entyvio (seringue) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	2
Takeda	Entyvio (stylo) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	1
Takeda	Entyvio (stylo) Sol. Inj. S.C. 108 mg/0,68 mL	2
Paladin	Envarsus PA Co. L.A. 4 mg	100
Sandoz	Enzeevu Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL (0,165 mL à 0,177 mL)	1
Gilead	Eclusa Co. 400 mg -100 mg	28
Jazz	Épidiolex Sol. Orale 100 mg /mL (100 mL)	1
Janss. Inc	Eprex Seringue 10 000 UI/1,0 mL	6
Sandoz	Erelzi SensoReady Pen Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Sandoz	Erelzi (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Roche	Erivedge Caps. 150 mg	28
Janss. Inc	Erleada Co. 60 mg	120
Janss. Inc	Erleada Co. 240 mg	30
Roche	Esbriet Co. 801 mg	90
EUGIA Ph	Eugia-Pazopanib Co. 200 mg	120
Ulragenyx	Evkeeza Sol. Perf. I.V. 150 mg/mL (2,3 mL)	2,3 ml
Roche	Evrysdi Pd. Orale 60 mg (0,75 mg/mL)	1
Novartis	Extavia Pd. Inj. 0,3 mg	15
Bayer	Eylea HD Sol. inj. 114,3 mg/mL (0,263 mL)	1
Bayer	Eylea HD Sol. Inj. (ser) 114,3 mg /mL (0,184 mL)	1
AZC	Fasenra Sol. Inj. S.C. (ser) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Fasenra Pen Sol. Inj. S.C. (stylo) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Faslodex Sol. Inj. I.M. (ser) 50 mg/mL (5 mL)	2
Takeda	Firazyr Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
Kye Pharma	Firdapse Co. 10 mg	240
Takeda	Fruzaqla Caps. 1 mg	21
Takeda	Fruzaqla Caps. 5 mg	21
Roche	Fuzeon Pd. Inj. S.C. 108 mg	60
Amicus	Galafold Caps. 123 mg	14
Fresenius	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Forma Ph	Ganciclovir pour injection Pd. Perf. I.V. 500 mg	25
Sterimax	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	Genvoya Co. 150 mg -150 mg -200 mg -10 mg	30
Novartis	Gilenya Caps. 0,5 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 20 mg	28

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Bo. Ing.	Giotrif Co. 30 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 40 mg	28
Alnylam	Givlaari Sol. Inj. S.C. 189 mg/mL	1
Phmscience	Glatect Sol. Inj. S.C. (ser) 20 mg/mL (1 mL)	30
Novartis	Gleevec Co. 100 mg	120
Novartis	Gleevec Co. 400 mg	30
Glenmark	GLN-Apremilast Co. 30 mg	60
Serono	Gonal-f Sol. Inj. S.C. (stylo) 900 UI	1
Organon	Hadlima PushTouch (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Organon	Hadlima PushTouch (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Organon	Hadlima (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Organon	Hadlima (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Gilead	Harvoni Co. 90 mg -400 mg	28
Biocon	Hulio (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Biocon	Hulio (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Lilly	Humatrophe 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 Co. 75 mg	21
Pfizer	Ibrance Co. 100 mg	21
Pfizer	Ibrance Co. 125 mg	21
Jamp	Icatibant injectable Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
Fresenius	Idacio (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Fresenius	Idacio (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Sun Pharma	Ilumya Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (1 mL)	1
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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 Nintedanib Caps. 100 mg	60
Jamp	JAMP Nintedanib Caps. 150 mg	60
Jamp	Jamp Pirfenidone Co. 801 mg	90
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 2 mg	21
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Jamp	JAMP Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Jamp	JAMP Posaconazole Susp. Orale 40 mg/mL	105 ml
Jamp	Jamp Tretinoin Caps. 10 mg	100
Jamp	Jamp Voriconazole Co. 200 mg	30
Jamp	Jamteki Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1
Jamp	Jamteki Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Jamp	Jamteki Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Jamp	Jamteki Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
ViiV	Juluca Co. 50 mg -25 mg	30
Medison	Juxtapid Caps. 5 mg	28
Medison	Juxtapid Caps. 10 mg	28
Medison	Juxtapid Caps. 20 mg	28
Vertex	Kalydeco Trousse (orale solide) 150 mg	56
Alexion	Kanuma Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (10 mL)	10 ml
Novartis	Kesimpta (stylo) Sol. Inj. S.C. 20 mg/0,4 mL	1
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (ser) 200 mg/1,14 mL	2
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/1,14 mL	2
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (stylo) 200 mg/1,14 mL	2
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	21

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	42
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	63
Alexion	Koselugo Caps. 10 mg	60
Alexion	Koselugo Caps. 25 mg	60
Biomarin	Kuvan Co. 100 mg	120
Apotex	Lapelga Sol. Inj. S.C. (stylo) 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Genzyme	Lemtrada Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (1,2 mL)	1
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 8 mg : 4 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 10 mg : 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 12 mg : 4 mg (15 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 20 mg : 10 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) dose quotidienne de 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)	6
Novartis	Leqvi Sol. Inj. S.C. (ser) 189 mg/mL (1,5 mL)	1
Jamp	Linezolid Injection Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (300 mL)	10
Takeda	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
Médunik	Lysodren Co. 500 mg	100
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 250 mg	120
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 500 mg	60
Marcan	Mar-Afatinib Co. 20 mg	30
Marcan	Mar-Afatinib Co. 30 mg	30
Marcan	Mar-Afatinib Co. 40 mg	30
Marcan	Mar-Trentine Caps. 250 mg	100

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	1
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	4
AbbVie	Maviret Trousse (orale solide) 100 mg -40 mg	28
Novartis	Mayzent Co. 2 mg	28
Novartis	Mekinist Co. 0,5 mg	30
Novartis	Mekinist Co. 2 mg	30
Pfizer	Mektovi Co. 15 mg	180
Mint	Mint-Apremilast Co. 30 mg	56
Mantra Ph.	M-Pirfenidone Co. 801 mg	90
Genzyme	Myozyme Pd. Perf. I.V. 50 mg	1
Natco	Nat-Abiraterone Co. 250 mg	120
Natco	NAT-Bosentan Co. 62,5 mg	56
Natco	NAT-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	56
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	60
Natco	NAT-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Natco	NAT-Everolimus Co. 5 mg	30
Natco	NAT-Everolimus Co. 10 mg	30
Natco	Nat-Gefitinib Co. 250 mg	30
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Natco	NAT-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 2 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Natco	Nat-Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Natco	NAT-Sunitinib Caps. 25 mg	28
Natco	NAT-Sunitinib Caps. 50 mg	28
Bayer	Nexavar Co. 200 mg	112
Lab X.O	Nimotop Co. 30 mg	100
Pfizer	Nivestym Sol. inj. 300 mcg/mL (1,0 mL)	10
Pfizer	Nivestym Sol. inj. 300 mcg/mL (1,6mL)	10
Bayer	Nubeqa Co. 300 mg	120
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (0,4 mL)	1
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (1 mL)	1
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (1 mL)	1
Pfizer	Nyvepria Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (0,6 mL)	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Advanz	Ocaliva Co. 5 mg	30
Advanz	Ocaliva Co. 10 mg	30
Roche	Ocrevus Sol. Perf. I.V. 30 mg/mL (10 mL)	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Teva Can	Octréotide pour suspension injectable Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Gilead	Odefsey Co. 200 mg - 25 mg - 25 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 100 mg	60
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	60
GSK	Oijaara Co. 100 mg	30
GSK	Oijaara Co. 150 mg	30
GSK	Oijaara Co. 200 mg	30
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 (seringue) Trousse (Sol. Inj. S. C.) 100 mg/mL (1 mL et 2 mL)	1
Lilly	Omvoh (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (1 mL)	2
Lilly	Omvoh (stylo) Trousse (Sol. Inj. S. C.) 100 mg/mL (1 mL et 2 mL)	1
Alnylam	Onpattro Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (5 mL)	1
Celgene	Onureg Co. 200 mg	7
Celgene	Onureg Co. 300 mg	7
Janss. Inc	Opsumit Co. 10 mg	30
B.M.S.	Orencia Sol. Inj. S.C. (ser) 125 mg/mL (1 mL)	4
Biocryst	Orladeyo Caps. 150 mg	28
Amgen	Otezla Co. 30 mg	56
Fresenius	Otulfi Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Fresenius	Otulfi Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Fresenius	Otulfi Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Alnylam	Oxlumo Sol. Inj. S.C. 94,5 mg/0,5 mL	1
AbbVie	Ozurdex Implant Intravitréen 0,7 mg	1
Pfizer	Paxlovid Co. 150 mg - 100 mg	30
Incite	Pemazyre Co. 4,5 mg	14
Incite	Pemazyre Co. 9 mg	14
Incite	Pemazyre Co. 13,5 mg	14
Medunik	Pheburane Gran. 483 mg/g	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Roche	Piasky Sol. Inj. 170 mg/mL (2 mL)	1
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 250 mg	120
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 500 mg	60
Phmscience	pms-Apremilast Co. 30 mg	56
Phmscience	pms-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Phmscience	pms-Bosentan Co. 125 mg	60
Phmscience	pms-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Phmscience	pms-Everolimus Co. 5 mg	30
Phmscience	pms-Everolimus Co. 10 mg	30
Phmscience	pms-Palbociclib Co. 75 mg	21
Phmscience	pms-Palbociclib Co. 100 mg	21
Phmscience	pms-Palbociclib Co. 125 mg	21
Phmscience	pms-Pazopanib Co. 200 mg	60
Phmscience	pms-Pazopanib Co. 200 mg	120
Phmscience	pms-Pirfenidone Co. 801 mg	90
Celgene	Pomalyst Caps. 1 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 2 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 3 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 4 mg	21
Merck	Posanol Susp. Orale 40 mg/mL	105 ml
Pfizer	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	Procsybi Caps. L.A. 75 mg	250
Astellas	Prograf Caps. 5 mg	100
Pharmaris	PRZ-Abiraterone Co. 250 mg	120
Roche	Pulmozyme Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2,5 mL)	30
Organon	Puregon Cartouche 900 UI	1
Medison	Qinlock Co. 50 mg	90
Horizon	Quinsair Sol. pour Inh. 100 mg/mL (2,4 mL)	56
Mitsubishi	Radicava Susp. Orale 105 mg/5 mL	50 ml
Mitsubishi	Radicava Susp. Orale 105 mg/5 mL	70 ml
Teva Innov	Ranopto Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23ml)	1
Horizon	Ravicti Liq. 1,1 g/mL	25 ml
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 22 mcg/0,5 mL (1,5 mL)	4
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 44 mcg/0,5 mL (1,5 mL)	4
B.M.S.	Reblozyl Pd. Inj. S.C. 25 mg	1
B.M.S.	Reblozyl Pd. Inj. S.C. 75 mg	1
Dr Reddy's	Reddy-Abiraterone Co. 250 mg	120

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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. 2,5 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Everolimus Co. 5 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Everolimus Co. 10 mg	30
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 150 mg	112
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 150 mg	120
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 200 mg	28
Dr Reddy's	Reddy-Nilotinib Caps. 200 mg	112
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 1 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 2 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 3 mg	21
Dr Reddy's	Reddy-Pomalidomide Caps. 4 mg	21
Ferring	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
Celltrion	Remsima SC Sol. Inj. S.C. (ser) 120 mg/mL (1 mL)	2
Celltrion	Remsima SC Sol. Inj. S.C. (stylo) 120 mg/mL (1 mL)	2
Lilly	Retevmo Caps. 40 mg	60
Lilly	Retevmo Caps. 80 mg	60
BGP Pharma	Revatio Co. 20 mg	90
Celgene	Revlimid Caps. 2,5 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 5 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 10 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 15 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 20 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 25 mg	21
Novartis	Revolade Co. 50 mg	14
Novartis	Revolade Co. 50 mg	28

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
SanofiAven	Rezurock Co. 200 mg	30
AbbVie	Rinvoq Co. L.A. 15 mg	30
AbbVie	Rinvoq Co. L.A. 30 mg	30
AbbVie	Rinvoq Co. L.A. 45 mg	28
Roche	Rozlytrek Caps. 100 mg	30
Roche	Rozlytrek Caps. 200 mg	90
Medunik	Ruzurgi Co. 10 mg	100
Lupin	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
U.C.B.	Rystiggo Sol. Inj. S.C. 140 mg/mL (2 mL)	1
Serono	Saizen Cartouche 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 30 mg	1
Sandoz	Sandoz Abiraterone Co. 250 mg	120
Sandoz	Sandoz Abiraterone Co. 500 mg	60
Sandoz	Sandoz AFAtinib Co. 20 mg	30
Sandoz	Sandoz AFAtinib Co. 30 mg	30
Sandoz	Sandoz AFAtinib Co. 40 mg	30
Sandoz	Sandoz Apremilast Co. 30 mg	56
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 2,5 mg	30
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 5 mg	30
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 10 mg	30
Sandoz	Sandoz Gefitinib Co. 250 mg	30
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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Sandoz	Sandoz Sunitinib Caps. 25 mg	28
Sandoz	Sandoz Sunitinib Caps. 50 mg	28
Sandoz	Sandoz Voriconazole Co. 200 mg	30
AZC	Saphnolo Sol. Perf. I.V. 150 mg/mL (2 mL)	1
Novartis	Scemblix Co. 20 mg	60
Novartis	Scemblix Co. 40 mg	60
GSK	Shingrix (bte de 10 doses) Susp. Inj. I.M. adj. 50 mcg/0,5 mL	10 dose(s)
Bausch H.	Siliq (seringue) Sol. Inj. S.C. 140 mg/mL (1,5 mL)	2
Jamp	Simlandi (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Jamp	Simlandi (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Jamp	Simlandi (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,4 mL)	2
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (stylo) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi I.V. Sol. Perf. I.V. 12,5 mg/mL (4 mL)	1
AbbVie	Skyrizi Sol.Inj.S.C.(mini-doseur) 150 mg/mL (1,2 mL)	1
AbbVie	Skyrizi Sol.Inj.S.C.(mini-doseur) 150 mg/mL (2,4 mL)	1
AbbVie	Skyrizi Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/mL (0,83 mL)	2
AbbVie	Skyrizi Sol. Perf. I.V. 60 mg/mL (10 mL)	1
AbbVie	Skyrizi (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
AbbVie	Skyrizi (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Alexion	Soliris Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (30 mL)	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 60 mg/0,3 mL	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/0,3 mL	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 120 mg/0,5 mL	1
B.M.S.	Sotyktu Co. 6 mg	28
B.M.S.	Sotyktu Co. 6 mg	90
Gilead	Sovaldi Co. 400 mg	28
ModernaBio	Spikevax Ser. préremplie inj. I.M. 50 mcg/0,5 mL	10 dose(s)
B.M.S.	Sprycel Co. 20 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 50 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 70 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 100 mg	30
Celltrion	Steqeyma Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1
Celltrion	Steqeyma Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Celltrion	Steqeyma Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Celltrion	Steqeyma Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Bayer	Stivarga Co. 40 mg	84
Gilead	Stribild Co. 150 mg -150 mg -200 mg -300 mg	30
Hikma	Sulfate d'Amikacine Injection Sol. Inj. 250 mg/mL (2 mL)	10

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Cheplaphar	Suprefact Dépôt 3 mois Implant 9,45 mg	1
Pfizer	Sutent Caps. 12,5 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 25 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 50 mg	28
Novartis	Tafinlar Caps. 50 mg	120
Novartis	Tafinlar Caps. 75 mg	120
AZC	Tagrisso Co. 40 mg	30
AZC	Tagrisso Co. 80 mg	30
Lilly	Taltz (seringue) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1
Lilly	Taltz (stylo) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1
Taro	Taro-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Taro	Taro-Bosentan Co. 125 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 50 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 70 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 100 mg	30
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 2,5 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 5 mg	28
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 10 mg	28
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 15 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 20 mg	21
Taro	Taro-Lenalidomide Caps. 25 mg	21
Taro	Taro-Palbociclib Co. 75 mg	21
Taro	Taro-Palbociclib Co. 100 mg	21
Taro	Taro-Palbociclib Co. 125 mg	21
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 25 mg	28
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 25 mg	30
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 50 mg	28
Taro	Taro-Sunitinib Caps. 50 mg	30
Taro	Taro-Tofacitinib XR Co. L.A. 11 mg	30
Novartis	Tasigna Caps. 150 mg	112
Novartis	Tasigna Caps. 200 mg	112
Biogen	Tecfidera Caps. L.A. 240 mg	56
Merck	Temodal Caps. 250 mg	5
Serono	Tepmetko Co. 225 mg	60
Teva Can	Teva-Dasatinib Co. 100 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 10 mg	30
Teva Can	Teva-Sunitinib Caps. 25 mg	28
Teva Can	Teva-Sunitinib Caps. 50 mg	28

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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
Servier	Tibovo Co. 250 mg	60
BGP Pharma	Tobi Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
BGP Pharma	Tobi Podhaler Pd. pour Inh. 28 mg	224
Janss. Inc	Tracleer Co. 62,5 mg	56
Janss. Inc	Tracleer Co. 125 mg	56
Knight	Trelstar Trousse 22,5 mg	1
Knight	Trelstar LA Trousse 11,25 mg	1
Janss. Inc	Tremfya Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL (1 mL)	1
Janss. Inc	Tremfya Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (2 mL)	1
Janss. Inc	Tremfya I.V. Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (20 mL)	1
Janss. Inc	Tremfya One-Press Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL (1 mL)	1
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg	84
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 80 mg - 40 mg - 60 mg et 59,5 mg	56
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg	56
Vertex	Trikafta Trousse (orale solide) 100 mg - 50 mg - 75 mg et 150 mg	84
ViiV	Triumeq Co. 50 mg - 600 mg - 300 mg	30
AZC	Truqap Co. 160 mg	64
AZC	Truqap Co. 200 mg	64
Gilead	Truvada Co. 200mg- 300mg	30
Teva Innov	Truxima Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL	50 ml
Pfizer	Tygacil Pd. Perf. I.V. 50 mg	10
Novartis	Tykerb Co. 250 mg	70
Biogen	Tysabri Sol. Inj. I.V. 300mg/15ml	1
Alexion	Ultomiris Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (30 mL)	1
Alexion	Ultomiris Sol. Perf. I.V. 100 mg/mL (3 mL)	1
Alexion	Ultomiris Sol. Perf. I.V. 100 mg/mL (11 mL)	1
Amgen	Uplizna Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (10 mL)	3
Janss. Inc	Uptravi Co. 200 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 400 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 600 mcg	60

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Janss. Inc	Uptravi Co. 800 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1000 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1200 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1400 mcg	60
Janss. Inc	Uptravi Co. 1600 mcg	60
Roche	Vabysmo Sol. Inj. 120 mg/mL (0,24 mL)	1
Roche	Vabysmo Sol. Inj. (ser) 120 mg/mL (0,175 mL)	1
Cheplaphar	Valcyte Co. 450 mg	60
Pfizer	Velsipipy Co. 2 mg	30
AbbVie	Venclexta Trousse (orale solide) 10 mg (14 Co.), 50 mg (7 Co.) et 100 mg (21 Co.)	1
Lilly	Verzenio Co. 50 mg	28
Lilly	Verzenio Co. 100 mg	28
Lilly	Verzenio Co. 150 mg	28
Cheplaphar	Vesanoid Caps. 10 mg	100
Oméga	Vespidés combinés Pd. Inj. 3,9 mg	1
Oméga	Vespidés combinés Pd. Inj. 1 650 mcg	1
Pfizer	Vfend Co. 200 mg	30
Cheplaphar	Visudyne Pd. Inj. I.V. 15 mg	1
Bayer	Vitrakvi Caps. 25 mg	56
Bayer	Vitrakvi Caps. 100 mg	56
Bayer	Vitrakvi Sol. Orale 20 mg/mL (50 mL)	2
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
Pfizer	Vyndamax Caps. 61 mg	30
Pfizer	Vyndaqel Caps. 20 mg	120
Argenx	Vyygart Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (20 mL)	1
AZC	Wainua Sol. Inj. S.C. (stylo) 56 mg /mL (0,8 mL)	1
Waymade	Waymade-Trentine Caps. 250 mg	100
Merck	Welireg Co. 40 mg	90
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (stylo) 45 mg/0,5 mL	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Amgen	Wezlana Sol. Inj. S.C. (stylo) 90 mg/1 mL	1
Amgen	Wezlana Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Merck	Winrevair Pd. Inj. S.C. 45 mg	1
Merck	Winrevair Pd. Inj. S.C. 60 mg	1
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 45 mg	1
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 45 mg	2
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 60 mg	1
Merck	Winrevair (1 ou 2 flacons) Trousse 60 mg	2
Pfizer	Xalkori Caps. 200 mg	60
Pfizer	Xalkori Caps. 250 mg	60
Pfizer	Xeljanz Co. 5 mg	60
Pfizer	Xeljanz Co. 10 mg	60
Pfizer	Xeljanz XR Co. L.A. 11 mg	30
Astellas	Xospata Co. 40 mg	90
Forus	Xpovio Co. 20 mg	20
Astellas	Xtandi Caps. 40 mg	120
Paladin	Xydalba Pd. Perf. I.V. 500 mg	1
Biocon	Yesafile Sol. inj. 40 mg/mL (0,278 mL)	1
Biocon	Yesafile Sol. Inj. (ser) 40 mg/mL (0,165 mL à 0,177 mL)	1
Biocon	Yesintek Sol. Inj. S.C. 45 mg/0,5 mL	1
Biocon	Yesintek Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Biocon	Yesintek Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Biocon	Yesintek Sol. Perf. I.V. 5 mg/mL (26 mL)	1
Celltrion	Yuflyma (seringue) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Celltrion	Yuflyma (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	1
Celltrion	Yuflyma (stylo) Sol. Inj. S.C. 100 mg/mL (0,8 mL)	3
GSK	Zejula Caps. 100 mg	56
GSK	Zejula Caps. 100 mg	84
GSK	Zejula Co. 100 mg	56
Roche	Zelboraf Co. 240 mg	56
Celgene	Zeposia Caps. 0,92 mg	28
Merck	Zerbaxa Pd. Inj. I.V. 1 g - 0,5 g	10
U.C.B.	Zilbrysq Sol. Inj. S.C. (ser) 40 mg /mL (0,416 mL)	7
U.C.B.	Zilbrysq Sol. Inj. S.C. (ser) 40 mg /mL (0,574 mL)	7
U.C.B.	Zilbrysq Sol. Inj. S.C. (ser) 40 mg /mL (0,810 mL)	7
TerSera	Zoladex LA Implant 10,8 mg	1
Gilead	Zydelig Co. 100 mg	60
Gilead	Zydelig Co. 150 mg	60
Novartis	Zykadia Caps. 150 mg	150
Janss. Inc	Zytiga Co. 250 mg	120

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

ABÉMACICLIB :

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

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

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^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

Il est à noter que l'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^e génération s'ils ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

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

Toutefois, l'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.

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

ANNEXE IV

ABROCITINIB :

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

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

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

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

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

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

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

ACALABRUTINIB :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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.

ANNEXE IV

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

ADALIMUMAB :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

ADALIMUMAB (COLITE ULCÉREUSE-ENFANTS) :

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

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

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

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

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

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

ADALIMUMAB (HIDRADÉNITE SUPPURÉE) :

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

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

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

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

ADALIMUMAB (UVÉITE) :

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

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

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

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

ADALIMUMAB (MALADIE DE CROHN-ENFANTS) :

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

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

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

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

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

ADÉFOVIR DIPIVOXIL :

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

AFLIBERCEPT :

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un 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 oeil.

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

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

AFLIBERCEPT 8 mg :

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

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

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

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

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

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

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

ALECTINIB (chlorhydrate d') :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

ANNEXE IV

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

La durée maximale totale du traitement est de 24 mois.

ALEMTUZUMAB :

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

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

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

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

ALGLUCOSIDASE ALPHA :

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

ALIROCUMAB :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

ALITRÉTINOÏNE :

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

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

Des traitements subséquents peuvent être autorisés en cas de 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 (HbA_{1c}) adaptée au patient.

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

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
et
- lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.

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

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.

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.

ANNEXE IV

ANIFROLUMAB :

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

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

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

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

APALUTAMIDE :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

★ APRÉPITANT :

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

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

ANNEXE IV

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 $\geq 1\%$) 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 jours de migraine par mois et un diagnostic établi selon les critères de l'International Headache Society :
 - en cas d'intolérance ou de contre-indication à au moins 2 médicaments prophylactiques appropriés de classes différentes incluant un antidépresseur, un antihypertenseur ou un anticonvulsivant ou en cas d'inefficacité de ceux-ci.

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

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

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

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

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

ATOMOXÉTINE (chlorhydrate d') :

- ♦ pour le traitement des enfants et des adolescents 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.

AVAPRITINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

AXITINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

ANNEXE IV

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.

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

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

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

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

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

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

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

BÉLIMUMAB :

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

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

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

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

BÉLUMOSUDIL (mésylate de) :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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 β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
 - et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

BÉROTRALSTAT :

- ♦ pour la prévention des crises d'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.

ANNEXE IV

BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

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

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

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

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

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

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

BIMEKIZUMAB (ARTHRITE PSORIASIQUE ET SPONDYLITE ANKYLOSANTE) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

BINIMÉTINIB :

- ♦ en association avec l'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 connectivité, 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 l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK*;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

BRIVARACÉTAM :

- ♦ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'épilepsie focale réfractaire, c'est-à-dire à la suite de l'échec de deux médicaments 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 visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitréotide à la dose de 25 µg ou plus par jour.

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

BUPRÉNORPHINE :

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

BUROSUMAB :

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

Lors de la demande initiale, la personne doit :

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

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

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 90 mg de 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 est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.

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

CABOZANTINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

ANNEXE IV

CABOZANTINIB, 20 mg ET 40 mg :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

La dose maximale quotidienne autorisée est de 40 mg.

CALCIPOTRIOL / BÉTAMÉTHASONE (dipropionate de) :

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

CALCIUM (carbonate de). Mousse orale :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CANAGLIFLOZINE :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;
ou
- en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
ou
- en association avec une sulfonylurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

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

CANNABIDIOL :

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

CAPIVASERTIB :

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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.

CAPTEUR DEXCOM G6 :

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

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

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

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

ANNEXE IV

CAPTEUR DEXCOM G7 :

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

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

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

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

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2 :

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

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

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

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

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 3 PLUS :

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

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

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

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

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE :

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

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE / PURITE :

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

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.

ANNEXE IV

★ 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.

CÉNOBAMATE :

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

CÉRITINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

CERTOLIZUMAB PEGOL :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA :

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

CINACALCET (chlorhydrate de) :

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

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

CLADRBINE :

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

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

CLINDAMYCINE (phosphate de), Cr. Vag. :

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

ANNEXE IV

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.

CROVALIMAB :

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

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

- ♦ pour le traitement de la kératoconjonctivite vernale grave.

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

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

CYSTÉAMINE, Sol. Oph. :

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

CYSTÉAMINE (bitartrate de) :

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

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

★ DABIGATRAN ETEXILATE :

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

DABRAFÉNIB (mésylate de) :

- ♦ en monothérapie ou en association avec le tramétilib 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 tramétiuib, 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 tramétiuib, 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 *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), chez les adultes :
 - présentant un risque élevé d'inobservance à un autre traitement antibiotique, en raison d'une problématique psychosociale documentée;
et
 - lorsqu'une antibiothérapie intraveineuse est requise.

DAPAGLIFLOZINE :

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

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

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la *New York Heart Association* (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %);
et

ANNEXE IV

- qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.
- ♦ pour le traitement des adultes atteints de néphropathie chronique et qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), à moins de contre-indication ou d'intolérance.

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

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

DAPAGLIFLOZINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

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

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

DARBÉPOÉTINE ALFA :

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

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

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

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

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

DAROLUTAMIDE :

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ♦ 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 docétaxel en milieu hospitalier durant 6 cycles de 21 jours ou dont le docétaxel a dû être cessé en raison d'une intolérance sérieuse.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

ANNEXE IV

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

DASATINIB :

- ♦ pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ♦ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique, chez les adultes :
 - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib ou au nilotinib;
ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib ou au nilotinib.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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.

DEUCRAVACITINIB :

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

DEXAMÉTHASONE, Implant intravitréen :

- ♦ pour le traitement de l'oedème 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-VEGF est inefficace, contre-indiqué ou non toléré. L'œil à traiter doit également satisfaire aux deux critères suivants :

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

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

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

DICLOFÉNAC SODIQUE, Sol. Oph. :

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

DIMÉTHYLE (fumarate de) :

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

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

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

DIPHENHYDRAMINE (chlorhydrate de) :

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

DIPYRIDAMOLE / ACÉTYLSALICYLIQUE (acide) :

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

DONÉPÉZIL (chlorhydrate de) :

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

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

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

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

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

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

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

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

DORNASE ALFA :

- ♦ lors d'initiation du traitement chez des personnes de plus de 5 ans atteintes de fibrose kystique dont la capacité vitale forcée est plus de 40 p. cent de la valeur 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/m² lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

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

ANNEXE IV

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

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

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

DUPILUMAB :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

ÉCULIZUMAB :

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

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

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

- 600 mg tous les 7 jours pendant les 4 premières semaines, suivis de
- 900 mg pour la 5^e dose 1 semaine plus tard et
- 900 mg toutes les 2 semaines par la suite.

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

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois à la dose maximale de 900 mg toutes les 2 semaines.

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

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

ÉDARAVONE, Susp. Orale :

♦ pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA), chez les personnes qui présentent chacun des éléments suivants :

- un diagnostic de la SLA définitif ou probable selon les critères diagnostiques d'El Escorial révisés;
- des symptômes de la maladie depuis moins de 2 ans;
- un score d'au moins 2 points pour chaque élément de l'échelle ALSFRS-R, sauf pour la dyspnée, l'orthopnée et l'insuffisance respiratoire, pour lesquelles un score de 4 points est requis;
- une capacité vitale forcée supérieure à 80 % de la valeur 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.

EFGARTIGIMOD ALFA :

- ♦ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à IV selon la classification Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine; et
 - un score d'au moins 5 points sur l'échelle *Myasthenia Gravis-Activities of Daily Living* (MG-ADL), attribué à plus de 50 % à des symptômes non oculaires; et
 - un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase, 1 corticostéroïde et 1 immunosuppresseur non stéroïdien, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées.

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

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale, sans détérioration clinique).

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

Les autorisations concernant l'efgartigimod alfa sont données à raison de 1 dose maximale de 10 mg/kg (jusqu'à 1 200 mg) 1 fois par semaine pour un maximum de 6 cycles de 4 semaines par année. Il est à noter que l'efgartigimod alfa n'est pas autorisé de façon concomitante avec un inhibiteur du complément ou un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance de l'efgartigimod alfa avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aigüe.

Il est également à noter que l'efgartigimod alfa n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

ÉLÉXACFTOR/TÉZACFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ) :

- ♦ pour le traitement de la fibrose kystique, chez les personnes :
 - âgées de 2 ans ou plus;
 - présentant une mutation ΔF508 ou une mutation délétère reconnue comme répondante au Trikafta^{MC} dans la monographie canadienne du produit sur au moins un allèle du gène régulateur de la perméabilité transmembranaire de la fibrose kystique (gène CFTR); et
 - n'ayant pas reçu de greffe pulmonaire.

Les autorisations sont données pour une période maximale de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données permettant de démontrer les effets cliniques bénéfiques du traitement.

ANNEXE IV

Il est à noter que le traitement d'association éléxacaftor/tézacaftor/ivacaftor n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament correcteur ou potentialisateur de la protéine CFTR.

ELTROMBOPAG :

- ♦ pour le traitement de la thrombopénie immune, chez les personnes :

- ayant reçu un traitement d'une durée appropriée à base de corticostéroïdes ou d'immunoglobulines intraveineuses, à moins de contre-indication;
et
- ayant une numération plaquetttaire :
 - inférieure ou égale à $30 \times 10^9/l$;
 - ou
 - entre $30 \times 10^9/l$ et $50 \times 10^9/l$, ainsi que des saignements ou un risque augmenté de saignements documenté.

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

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit la preuve d'une augmentation cliniquement significative de la numération plaquetttaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'augmentation cliniquement significative de la numération plaquetttaire 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 traitée par insulinothérapie intensive (traitement par pompe à insuline ou ≥ 3 injections d'insuline d'au moins 2 insulines différentes par jour) et doit satisfaire à un ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
 - inaptitude à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

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

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

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

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.

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^{re} intention, il faut également que le décompte des lymphocytes CD4 actuel et un autre fait il y a au moins un mois soient inférieurs ou égaux à 350/ μ l.

- ♦ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH qui ne sont pas visées par le 1^{er} paragraphe de l'énoncé précédent :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/ml, tout en étant traitées par une association de 3 antirétroviraux ou plus depuis au moins 3 mois ainsi que dans l'intervalle entre les 2 mesures;
 - et
 - qui ont reçu, au préalable, au moins un autre traitement par des antirétroviraux, qui s'est soldé par un échec virologique documenté, après au moins 3 mois de traitement;
 - et
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins un inhibiteur 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.

ANNEXE IV

ENTRECTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ROS1*;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

ENZALUTAMIDE :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

- ♦ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - asymptomatiques ou légèrement symptomatiques après l'échec d'un traitement anti-androgénique;
 - et
 - n'ayant jamais reçu de chimiothérapie à base de docetaxel;
 - et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

★ ÉPLÉRÉNONE :

- ♦ pour les personnes présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %) après un infarctus aigu du myocarde, lorsque l'administration de l'éplérénone commence dans les jours suivant l'infarctus en complément de la thérapie standard.
- ♦ pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique de classe II de la New York Heart Association (NYHA) qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 35 %), en complément de la thérapie standard.

ANNEXE IV

ÉPLONTERSEN :

- ♦ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la 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 45 mg d'éplontersen une fois par mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que l'éplontersen n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'ATTRh.

ÉPOÉTINE ALFA :

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

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

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

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

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

ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE :

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

EPTINÉZUMAB :

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

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

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

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

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

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

ERDAFITINIB :

- ♦ En monothérapie, pour le traitement du carcinome urothelial localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un variant pathogène du gène *FGFR3* sensible au traitement; et
 - dont la maladie a progressé pendant ou après au moins 1 intention de traitement; si un traitement a été administré en contexte néoadjuvant ou adjuvant, la progression de la maladie doit être survenue au cours des 12 mois suivant son arrêt; et
 - dont le cancer a progressé pendant ou après l'administration d'un anticorps ciblant le PD-1 ou le PD-L1; et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

ESLICARBAZÉPINE (acétate d') :

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

ESTRADIOL-17B, Timbre cut. :

- ♦ chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ANNEXE IV

ESTRADIOL-17B / NORÉTHINDRONE (acétate de) :

- ♦ chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes ou de progestatifs par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique.

ÉTANERCEPT :

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'un maximum de 50 mg par semaine.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison de 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par semaine.

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant l'étanercept sont données à raison d'un maximum de 50 mg 2 fois par semaine.

ANNEXE IV

ÉTRASIMOD (L-ARGININE D') :

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

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

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

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

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

ÉTRAVIRINE :

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

Dans le cas où une thérapie incluant un autre inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse ne peut être utilisée en raison d'une résistance primaire à la delavirdine, à l'éfavirenz ou à la névirapine, l'essai d'au moins deux thérapies incluant chacune un inhibiteur de la protéase est nécessaire et elles doivent s'être soldées par les mêmes conditions que celles énumérées précédemment.

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

ÉVÉROLIMUS :

- ♦ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, après l'échec d'au moins 1 inhibiteur de tyrosine kinase ciblant le récepteur du VEGF, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ♦ en association avec l'exémestane, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (anastrozole ou 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.

ANNEXE IV

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

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

- ♦ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien ou modérément différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

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

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

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

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

ÉVINACUMAB:

- ♦ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage; et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend :
 - chez les personnes de 5 à 11 ans, une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité; ou
 - chez les personnes de 12 ans ou plus, une thérapie comprenant au moins 3 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité.

Le phénotype est défini par les 3 éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les 2 parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % de C-LDL par rapport aux valeurs précédant le début du traitement par l'évinacumab. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg/kg toutes les 4 semaines.

ÉVOLOCUMAB :

- ♦ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage; et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité.

Le phénotype est défini par les 3 éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les 2 parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

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

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur au moment de commencer le traitement par l'évolocumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la diminution d'au moins 20 % de la concentration de C-LDL est maintenue. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour l'évolocumab sont données à raison d'une dose maximale de 420 mg toutes les 2 semaines.

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

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

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

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

♦ pour la prévention des événements cardiovasculaires, chez les patients :

- ayant subi un syndrome coronarien aigu au cours des 24 derniers mois;
et
- ayant des taux de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (C-LDL) ≥ 1,8 mmol/l;
et
- dont le contrôle de la cholestérolémie n'est pas adéquat :
 - malgré 3 mois d'utilisation concomitante d'une statine à dose optimale et d'ézétimibe;
ou
 - malgré 3 mois d'utilisation d'une statine à dose optimale ou d'ézétimibe en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'un ou l'autre de ces médicaments;
ou
 - parce que ni une statine ni l'ézétimibe ne peuvent être utilisés en raison de contre-indication ou d'intolérance sérieuse.

L'essai de 2 statines est exigé pour conclure à une intolérance aux statines.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 4 mois.

Lors des demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique défini par :

- une diminution d'au moins 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur précédant le début du traitement à l'évolocumab;
ou
- l'atteinte de la cible des taux de C-LDL.

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

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES :

- ♦ pour le traitement des symptômes de la rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.

La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen de graminées oraux est de 3 saisons polliniques consécutives, peu importe le produit utilisé.

Il est à noter que les extraits allergéniques de pollen de graminées ne sont pas autorisés en association avec l'immunothérapie sous-cutanée.

FARICIMAB :

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'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 œil.

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

Il est à noter que le faricimab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, 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 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 œil.

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

Il est à noter que le faricimab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept 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.

ANNEXE IV

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

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

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

L'oeil à traiter doit également satisfaire aux critères suivants :

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

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

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

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

FÉBUXOSTAT :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant des complications d'une hyperuricémie chronique, comme des dépôts d'urate mis en évidence par des tophus ou une arthrite goutteuse, en présence de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'allopurinol.

FÉDRATINIB :

- ♦ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une 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.

Il est à noter que le fédartinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinase utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

FÉSOTÉRODINE (fumarate de) :

- ♦ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques

inscrits dans la section régulière de la Liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

★ FIDAXOMICINE :

- ♦ pour le traitement de l'infection à *Clostridioides difficile* (*C. difficile*) chez les personnes présentant :

- au moins un des facteurs de risque de récidive suivants :
 - Âge ≥ 65 ans;
 - Immunosuppression grave;ou
- une première 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.

FINÉRÉNONE :

- ♦ en ajout au traitement standard pour les adultes atteints de néphropathie chronique et de diabète de type 2 qui présentent de façon persistante un débit de filtration glomérulaire estimé d'au moins 25 mL/min/1,73 m² ainsi qu'un taux d'albuminurie d'au moins 3 mg/mmol (ou 30 mg/g).

Par traitement standard, on entend l'administration d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA) ainsi que d'un inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2), sauf en cas de contre-indication médicale ou d'intolérance grave à l'un ou l'autre de ces agents pharmacologiques.

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

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

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.

ANNEXE IV

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.
- ◆ 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'entrainer 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 précédent le 1^{er} octobre 2003.

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou

- dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

Toutefois, l'association de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédent le 24 mars 2016.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté dans la dernière année au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - chez qui l'usage de 2 bronchodilatateurs à longue action depuis au moins 6 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par 1 agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
 - qui reçoivent déjà 1 agoniste β_2 à longue action, 1 antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

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.

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.

ANNEXE IV

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 statural liés à une condition médicale.
- ♦ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS) :

- ♦ pour les nourrissons ou les enfants ayant une allergie aux protéines intactes de lait de vache ou de soya ou à de multiples protéines alimentaires, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales, ou aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- ♦ pour les nourrissons ou les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales, ou aux protéines de lait de vache doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

ANNEXE IV

- ◆ 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 staturopondéral liés 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.

FRÉMANEZUMAB :

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

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

FRUQUINTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance sur l'ECOG de 0 ou 1 ainsi que l'échec des thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
 - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine; et
 - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine; et
 - un traitement incluant le bevacizumab; et
 - en présence d'un gène *RAS* non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab; et
 - un traitement incluant l'association trifluridine/tipiracil.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

FULVESTRANT :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le palbociclib.
- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer de sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le ribociclib.
- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein localement avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le capivasertib.

GALANTAMINE (bromhydrate de) :

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

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

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

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

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

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

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

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

GALCANÉZUMAB :

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

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

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

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

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

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

ANNEXE IV

★ GENTAMICINE (sulfate de) :

- ◆ pour le traitement de l'endocardite bactérienne.

GILTÉRITINIB :

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'une leucémie myéloïde aigüe récidivante ou réfractaire avec une mutation du gène de la tyrosine kinase-3 de type FMS (FLT3) chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

GIVOSIRAN :

- ◆ pour le traitement prophylactique de la porphyrie hépatique 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).

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

GLIMÉPIRIDE :

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

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

GLYCÉRINE, Supp. :

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

GLYCOPYRROLATE :

- ♦ pour la réduction de la sialorrhée chronique grave chez les enfants et adolescents avec des troubles neurologiques associés à une sialorrhée problématique.

GOLIMUMAB, Sol. Inj. S.C. (stylo) et Sol. Inj. S.C. (ser) :

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

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

ANNEXE IV

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 50 mg par mois.

GOLIMUMAB, Sol. Perf. I.V. :

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations concernant le golimumab sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg/kg aux semaines 0 et 4, puis à 2 mg/kg toutes les 8 semaines.

GONADOTROPHINES :

- ♦ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.
- ♦ chez la femme, dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité avant tout traitement gonadotoxique comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires.
- ♦ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer, en association avec une gonadotrophine chorionique.

L'homme doit avoir été préalablement traité par une gonadotrophine chorionique, en monothérapie, pendant au moins 6 mois.

ANNEXE IV

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 (MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE) :

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

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

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

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

Les autorisations pour la forme sous-cutanée de guselkumab sont données à raison d'une dose maximale de 400 mg aux semaines 0, 4 et 8 puis à une dose maximale de 200 mg toutes les 4 semaines.

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

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

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

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

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

GUSELKUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

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

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le guselkumab sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 8 semaines.

ANNEXE IV

HALOBÉTASOL (PROPIONATE D') / TAZAROTÈNE :

- ◆ Pour le traitement du psoriasis en plaques chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un analogue de la vitamine D ou d'un corticostéroïde topique de puissance moyenne ou élevée.

HUILE MINÉRALE :

- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE :

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE / DEXTRAN 70 :

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes.

IBRUTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique réfractaire ou récidivante chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'ibrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :

- qui ont reçu au moins 1 traitement à base de rituximab;
et
- dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'ibrutinib n'est pas autorisée à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement du lymphome à cellules du manteau. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récidive ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de la macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères de l'International Workshop for Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM).

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

- ♦ en monothérapie pour 3 cycles, puis en association avec le vénétoclax, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La première autorisation est donnée pour une durée maximale de 6 cycles de 28 jours et l'autorisation subséquente est donnée pour une durée de 9 cycles, pour un total de 15 cycles.

Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

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'idéalisib 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^{er} traitement de 16 semaines, si la personne présente une diminution de l'étendue des lésions mais que ces dernières ne sont pas complètement disparues, le traitement peut être poursuivi pendant un 2^e traitement de 16 semaines.

INCLISIRAN :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale hétérozygote (HFHe), définie par génotypage ou par phénotypage, chez qui l'utilisation d'une statine à dose optimale en association avec l'ézétimibe n'a pas permis un contrôle adéquat de la cholestérolémie, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication.

En prévention primaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 % par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant, et par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l.

En prévention secondaire des événements cardiovasculaires, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par l'atteinte d'une concentration de C-LDL < 1,8 mmol/l.

Le génotypage est défini par la présence d'une des mutations causant l'HFHe chez le patient.

Le phénotypage est défini par une concentration de C-LDL de base > 4,5 mmol/l chez les adultes de 18 à 39 ans, > 5,0 mmol/l chez les adultes de 40 ans ou plus, ou sur le C-LDL imputé si la valeur de base est inconnue, et au moins 1 des éléments suivants :

- Le diagnostic d'HFHe définitif est positif en présence d'au moins 1 des critères majeurs suivants :
 - la présence d'une mutation des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 causant l'hypercholestérolémie familiale chez un parent du 1^{er} degré;
 - la présence de xanthomes tendineux;
 - une concentration de C-LDL de base ≥ 8,5 mmol/l.
- Le diagnostic d'HFHe probable est positif en présence d'au moins 1 des critères mineurs suivants :
 - la présence d'une histoire familiale d'une concentration de C-LDL de base ≥ 4,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé < 18 ans, ≥ 4,5 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 18 à 39 ans ou ≥ 5,0 mmol/l chez un parent du 1^{er} degré âgé de 40 ans ou plus;
 - la présence de maladie coronarienne athéroscléreuse chez le patient ou un parent du 1^{er} degré âgé < 55 ans pour un homme et < 65 ans pour une femme.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande de poursuite de traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution ≥ 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur de base. La valeur de base est définie par le taux de C-LDL en période de traitement par une statine et l'ézétimibe, le cas échéant; ou
- une concentration de C-LDL < 2,5 mmol/l en prévention primaire ou < 2 mmol/l en prévention secondaire.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, définis précédemment, sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

ANNEXE IV

INCOBOTULINUMTOXINA :

- ♦ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme et d'autres conditions graves de spasticité.

Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

INDACATÉROL (acétate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ♦ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes :

- dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'une association d'un agoniste β_2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation pris à une dose moyenne ou élevée; et
- ayant présenté au moins une exacerbation dans la dernière année; ou
- qui reçoivent déjà un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis plus d'un an.

INDACATÉROL (acétate d') / MOMÉTASONE (furoate de) :

- ♦ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

INDACATÉROL (maléate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

- ♦ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

Toutefois, l'association indacatérol (maléate d')/glycopyrronium (bromure de) demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédent le 24 mars 2016.

INÉBILIZUMAB :

- ♦ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyélite optique (TSNMO) chez les adultes porteurs d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins un épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois ou deux épisodes dans les 24 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisode dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser de prendre ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale de 300 mg aux semaines 0 et 2, puis tous les 6 mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs prétraitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Il est à noter que l'inébilizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé pour le traitement du TSNMO.

INFLIXIMAB (REMICADE) :

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'une dose maximale de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

INFLIXIMAB, Pd. Perf. I.V. :

- ♦ pour le traitement de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les 3 premières doses d'infliximab sont autorisées à raison d'un maximum de 5 mg/kg.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'une dose maximale de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
- et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0,2, 6, puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette maladie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

ANNEXE IV

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 6 à 8 semaines.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'infliximab sont données à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 8 semaines.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %; et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

INFLIXIMAB, Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

Les autorisations concernant l'infliximab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses d'infliximab pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement de l'infliximab sous forme intraveineuse pour la polyarthrite rhumatoïde.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 120 mg toutes les 2 semaines.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

Les autorisations sont données pour les patients qui ont reçu au préalable 3 doses d'infliximab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement d'infliximab sous forme intraveineuse pour la colite ulcéreuse.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

Les autorisations sont données pour les patients qui ont reçu au préalable 3 doses d'infliximab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement d'infliximab sous forme intraveineuse pour la maladie de Crohn.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

INSULINE ASPARTE / INSULINE ASPARTE PROTAMINE :

- ♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INSULINE LISPRO / INSULINE LISPRO PROTAMINE :

- ♦ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. I.M. :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière;
et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Les autorisations sont données à raison de 30MCg 1 fois par semaine.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. I.M.) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur fournis 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^{MC}), et ce, jusqu'à la conversion de leur état en une sclérose en plaques, en autant que son coût ait déjà été assumé, en vertu du régime général d'assurance médicaments, dans les 365 jours précédant le 3 juin 2013.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. [ser]) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur fournit la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 22MCg 3 fois par semaine.

INTERFÉRON BÊTA-1B :

- ♦ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée.

Le prescripteur doit fournir, au début du traitement, les résultats d'une résonance magnétique démontrant :

- la présence d'au moins 1 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière; et
- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

Les autorisations sont données à raison de 8 MUI aux 2 jours.

Toutefois, l'interféron bêta-1b demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le prescripteur 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 $\leq 35\%$; et
- qui sont en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est de 77 battements par minute ou plus; et
- qui ont été hospitalisées, ont eu une consultation à l'urgence ou dans une clinique d'insuffisance cardiaque, en raison d'une aggravation de leur insuffisance cardiaque, dans les 12 derniers mois; et
- qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant et un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

IVACAFTOR :

- ◆ pour le traitement de la fibrose kystique chez les personnes :
 - porteuses de la mutation G551D du gène codant pour la protéine CFTR; et
 - dont la fonction pulmonaire est altérée au point de nuire gravement aux activités de la vie quotidienne et dont la meilleure valeur du volume expiratoire maximal par seconde (VEMS) se détériore par rapport à celle des deux années précédentes.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve des effets cliniques bénéfiques définis par :

- une amélioration ou une stabilisation du VEMS; et
- des répercussions positives sur la réalisation des activités de la vie quotidienne ou une diminution des exacerbations (surinfections).

Les autorisations sont données pour une dose biquotidienne d'ivacaftor de 150 mg.

IVOSIDENIB:

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de la leucémie myéloïde aiguë exprimant la mutation R132 du gène *IDH1*, chez les personnes qui ont reçu un traitement associant l'ivosidenib et l'azacitidine en milieu hospitalier et dont l'azacitidine a dû être cessée en raison d'une intolérance sérieuse.

La durée de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

ANNEXE IV

IXÉKIZUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ixékizumab sont données à raison de 160 mg à la semaine 0, 80 mg aux semaines 2, 4, 6, 8, 10, 12 puis 80 mg toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'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 :
 - à l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'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).

ANNEXE IV

LACTULOSE :

- ♦ pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique.
- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

LANTHANE HYDRATÉ (carbonate de) :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le lanthane hydraté ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le sévélamer ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

LAPATINIB :

- ♦ en association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement de première intention des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique positif pour les récepteurs hormonaux et surexprimant le récepteur HER2 :
 - qui ne peuvent recevoir le trastuzumab en raison d'une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 55 % ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

- ♦ pour le traitement du cancer du sein métastatique dont la tumeur surexprime le récepteur HER2, en association avec la capécitabine, chez les personnes présentant un cancer du sein ayant progressé après l'administration d'une taxane et d'une anthracycline, à moins d'une contre-indication à l'un de ces agents.

De plus, la maladie doit être en progression malgré un traitement par le trastuzumab administré au stade métastatique, à moins d'une contre-indication. Le statut de performance selon l'ECOG doit être de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

Toutefois, le lapatinib demeure couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 3 juin 2013, en autant que le prescripteur 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.

LÉBRIKIZUMAB :

- ♦ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le lébrikizumab sont données à raison de 500 mg aux semaines 0 et 2, puis de 250 mg toutes les 2 semaines jusqu'à la semaine 16, puis de 250 mg 1 fois toutes les 4 semaines.

LÉDIPASVIR / SOFOSBUVIR :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose décompensée qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes sans cirrhose compensée et dont la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 6 millions UI/mL avant le traitement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines chez les autres personnes.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

ANNEXE IV

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :
 - qui présentent une cirrhose compensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase; ou
 - qui présentent une cirrhose décompensée; ou
 - qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :
 - qui présentent une cirrhose compensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase; ou
 - qui présentent une cirrhose décompensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine; ou
 - qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe et qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

LENVATINIB, 10 mg, 14 mg, 20 mg 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.

- ♦ 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 cytomégalovirus (CMV) chez les personnes séropositives pour le CMV et ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement doit être débuté dans les 28 jours suivant la greffe et être cessé au plus tard 100 jours après celle-ci.

LÉVOFLOXACINE , Sol. pour Inh. :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa* :
 - lorsque leur état se détériore malgré un traitement avec une formulation de tobramycine pour inhalation; ou
 - lorsqu'elles sont intolérantes à une solution de tobramycine pour inhalation; ou
 - lorsqu'elles sont allergiques à la tobramycine.

LINAGLIPTINE :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou mal tolérées; ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

ANNEXE IV

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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/m² lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) d'au moins 0,5 % ou par l'atteinte d'une valeur cible de 7 % ou moins.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 1,8 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'HbA_{1c} adaptée au patient.

LISDEXAMFÉTAMINE (dimésylate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

LOMITAPIDE (mésylate de) :

- ♦ pour le traitement d'appoint des personnes atteintes d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) :
 - dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou par phénotypage; et
 - dont les concentrations de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) sont élevées malgré un traitement optimisé. Par traitement optimisé, on entend une thérapie comprenant au moins 2 hypolipémiants de classes différentes, à moins d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité ; et

- en association avec un traitement d'aphérèse des C-LDL à moins que l'accès à un centre d'aphérèse soit particulièrement difficile.

Le phénotype est défini par les trois éléments suivants :

- des concentrations de C-LDL > 10 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les deux parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du C-LDL par rapport aux valeurs précédant le début du traitement par le lomitapide. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations pour le lomitapide sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 60 mg.

LORLATINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène *ALK* ;
et
 - qui n'ont jamais eu l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK* ;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le lorlatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur du réarrangement du gène *ALK* pour le traitement du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récidive ou une progression de la maladie pendant le traitement.

LUMASIRAN SODIQUE :

- ♦ pour le traitement de l'hyperoxalurie primitive de type 1 (HP1).

Lors de l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu un diagnostic d'HP1 confirmé par un test génétique
et
- doit présenter, malgré l'optimisation des traitements standards :
 - un taux d'excrétion urinaire d'oxalate d'au moins 0,7 mmol/1,73 m²/24 h ;
ou
 - un rapport oxalate/créatinine urinaire supérieur à la limite supérieure de la valeur normale (LSN) en fonction de l'âge dans au moins 2 mictions ;
ou
 - un taux d'oxalate plasmatique d'au moins 20 µmol/l.
et
- ne doit pas avoir eu de greffe de foie.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

ANNEXE IV

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 $1,5 \times \text{LSN}$ (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.

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'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
 - 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'efavirenz 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.

ANNEXE IV

♦ 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/ μ 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 CCVG après une manœuvre de Valsalva ou à l'effort, par rapport à la valeur de base.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison d'une capsule par jour et d'une dose maximale quotidienne de 15 mg.

MÉMANTINE (chlorhydrate de) :

- ♦ en monothérapie chez les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer de stade modéré ou grave vivant à domicile c'est-à-dire qui ne vivent pas dans un centre d'hébergement de soins de longue durée public ou privé conventionné.

Lors de la demande initiale, les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE de 3 à 14;
- une confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée d'autorisation initiale d'un traitement à la mémantine est de 6 mois à partir du début du traitement.

Toutefois, dans le cas où la mémantine fait suite à un traitement avec un inhibiteur de la cholinestérase, l'usage concomitant de ces deux médicaments est autorisé pour une période d'un mois.

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par la stabilisation ou l'amélioration des symptômes dans au moins trois des domaines suivants :

- fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
- humeur;
- comportement;
- autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
- interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois.

MÉPOLIZUMAB :

- ♦ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les adultes.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur confirme une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalant à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle donnée avant le début du traitement par le mépolizumab.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que les effets bénéfiques du traitement, tel que défini précédemment, sont maintenus. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg tous les mois.

ANNEXE IV

- ♦ 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 β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue dans la dernière année ou dans les 12 mois 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 de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave chez les adultes :
 - dont les polypes nasaux bilatéraux sont confirmés par endoscopie ou par tomodensitométrie; et
 - ayant eu besoin d'au moins 1 chirurgie endoscopique des sinus (CES) au cours des 5 années précédentes, à moins que la chirurgie ait été contre-indiquée; et
 - dont l'état n'est pas adéquatement maîtrisé par la prise de corticostéroïdes par voie nasale aux doses maximales tolérées pour une durée minimale de 12 semaines.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir le résultat du questionnaire SNOT-22 (Sino-nasal outcome test) et le score de polyposé nasale (SPN) déterminé par endoscopie, tous 2 établis au départ ou avant l'instauration d'un autre médicament biologique indiqué pour le traitement de la rhinosinusite chronique avec polypes nasaux grave.

La demande initiale est autorisée pour une durée maximale de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction du SNOT-22 ou du SPN par rapport aux valeurs de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période de 12 mois.

MÉTHYLPHÉNIDATE (chlorhydrate de), Caps. L.A. ou Co. L.A. (12 h) :

- ◆ pour le traitement des personnes avec un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

MÉTRONIDAZOLE, Gel Vag. :

- ◆ pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième et troisième trimestres de la grossesse.
- ◆ pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par la voie orale.

★ MICAFUNGINE SODIQUE :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques chez les personnes qui subiront une transplantation de cellules souches hématopoïétiques.
- ◆ pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.

MIGALASTAT :

- ◆ pour le traitement des adultes ayant un diagnostic de maladie de Fabry confirmé génétiquement et qui sont porteurs d'une mutation du gène codant pour l'alpha-galactosidase A reconnue sensible au migalastat.

Lors de l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter des symptômes de la maladie, parmi lesquels au moins une atteinte rénale, cardiaque ou neurologique; et
- ne pas recevoir en concomitance un traitement avec une thérapie de remplacement enzymatique.

ANNEXE IV

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.

MIRIKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

MIRIKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations pour la forme sous-cutanée de mirikizumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

MODAFINIL :

- ♦ pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique.
- ♦ pour le traitement d'appoint de l'hypersomnolence diurne secondaire au syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil persistant malgré l'usage d'un appareil à pression positive continue par voie nasale.

MOMÉLOTINIB (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une 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 de risque intermédiaire ou élevé selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic); et
 - une anémie modérée à grave définie par un taux d'hémoglobine ≤ 100 g/l; et
 - un statut de performance sur l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie, confirmée par imagerie ou par l'examen physique, et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le momélotinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinases utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose, à moins que l'échec ne soit causé par la présence d'anémie.

MULTIVITAMINES :

- ♦ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

NAPROXÈNE / ESOMÉPRAZOLE :

- ♦ pour le traitement des conditions médicales qui requièrent l'usage chronique d'un anti-inflammatoire non stéroïdien chez les personnes qui présentent au moins l'un des facteurs de risque de complication gastro-intestinale suivants :
 - personne âgée de 65 ans ou plus;
 - antécédent d'ulcère non compliqué des voies digestives hautes;
 - comorbidité, c'est-à-dire une condition médicale grave prédisposant à une exacerbation de la condition clinique de la personne à la suite de la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien;
 - médicaments concomitants prédisposant à une exacerbation du risque de complication gastro-intestinale;
 - usage de plus d'un anti-inflammatoire non stéroïdien.

NATALIZUMAB :

- ♦ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente avec un score sur l'échelle EDSS inférieur à 7 avant le traitement et présentant une évolution rapide de la maladie définie comme suit :
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération incomplète au cours de la dernière année;
ou
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération complète au cours de la dernière année et :
 - présence d'au moins une lésion rehaussée par le gadolinium à la résonance magnétique (IRM);
ou
 - augmentation de 2 lésions hyperintenses en T2 ou plus par rapport à une IRM antérieure.

ANNEXE IV

La durée maximale des autorisations est d'un an. Pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par rapport à l'évaluation faite avant de le commencer, soit :

- une réduction de la fréquence annuelle des poussées invalidantes au cours de la dernière année; et
- une stabilisation du score sur l'échelle EDSS ou une augmentation de moins de 2 points sans que le score excède 6,5.

On entend par poussée invalidante une poussée durant laquelle un examen neurologique confirme une névrite optique, un syndrome de la fosse postérieure (tronc cérébral et cervelet) ou des symptômes révélant une atteinte de la moelle épinière (myélite).

★ NÉTUPITANT / PALONOSÉTRON (chlorhydrate de) :

- ◆ En association avec la dexaméthasone, pour la prévention des nausées et vomissements durant la première journée d'un traitement de chimiothérapie hautement émétisante.

Les autorisations sont données à raison d'une dose par cycle de chimiothérapie.

NILOTINIB :

- ◆ pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.
- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique (LMC) en phase chronique chez les adultes :
 - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib ou au dasatinib;
ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib ou au dasatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ pour le traitement de la leucémie myéloïde chronique en phase accélérée chez les adultes :
 - qui présentent un échec ou une réponse sous-optimale à l'imatinib;
ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'une réponse hématologique.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la réponse hématologique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

NINTEDANIB (ésilate de) :

- ♦ pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les personnes :
 - ayant une capacité vitale forcée (CVF) de 50 % ou plus de la valeur 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.

ANNEXE IV

NIRAPARIB / ABIRATÉRONE (acétate d') :

- ♦ en association avec la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant un variant pathogène germinal ou somatique d'un gène *BRCA*;
et
 - pour qui la chimiothérapie n'est pas cliniquement indiquée;
et
 - n'ayant pas reçu d'enzalutamide ou d'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 sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'association niraparib/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) polymérasées, si ceux-ci ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

L'association niraparib/abiratérone demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant obtenu une autorisation et un remboursement dans les 6 mois précédant le 4 février 2026 selon les conditions qui prévalaient.

NIRAPARIB (tosylate de) :

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien du cancer 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;
et
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à leur dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter qu'un traitement d'entretien par le niraparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la PARP, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire.

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'entretien d'une forme avancée (stade FIGO III ou IV) du cancer 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^{er} 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.

ODÉVIXIBAT :

- ♦ pour le traitement du prurit chez les patients atteints d'une forme grave de cholestase intrahépatique familiale progressive (CIFP) de type 1 ou 2 dont le diagnostic est confirmé par génotypage ou phénotypage, et qui :
 - présentent un prurit cholestatique important malgré la thérapie conventionnelle. Celui-ci est défini par un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION Observer-reported outcome (PRUCISION ObsRO), basé sur la compilation de 2 scores par jour sur une période d'au moins 2 semaines;
 - et

ANNEXE IV

- ne présentent pas de variant pathogène spécifique prédisant l'absence d'activité résiduelle de la protéine BSEP (pompe d'exportation des sels biliaires);
et
- ne présentent pas de cirrhose décompensée;
et
- n'ont pas reçu de dérivation hépatobiliare ou de greffe hépatique.

La demande initiale est autorisée à une dose quotidienne de 40 mcg/kg pour une période maximale de 6 mois. Une autorisation pour une dose quotidienne de 120 mcg/kg (ne pouvant dépasser 7,2 mg) pourra être obtenue si le soulagement du prurit est insuffisant après un minimum de 3 mois de traitement à la dose quotidienne de 40 mcg/kg.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique objectivé par une réduction du score de prurit moyen hebdomadaire ≥ 1 point sur l'échelle PRUCISION ObsRO par rapport à la valeur précédent l'instauration du traitement et documenter l'amélioration de la qualité de vie, y compris le sommeil évalué sur une période d'au moins 2 semaines à l'aide, par exemple, de l'échelle PRUCISION ObsRO.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Le traitement doit être arrêté si le patient reçoit une dérivation biliaire ou une greffe hépatique.

- ♦ pour le traitement du prurit cholestatique chez les personnes atteintes du syndrome d'Alagille qui :
 - présentent une cholestase définie par un taux d'acides biliaires sériques supérieur à la limite supérieure de la normale selon l'âge du patient;
et
 - présentent un prurit cholestatique important malgré la thérapie conventionnelle. Celui-ci est défini par un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION Observer-reported outcome (PRUCISION ObsRO), basé sur la compilation de 2 scores par jour sur une période d'au moins 2 semaines;
et
 - ne présentent pas de cirrhose décompensée;
et
 - n'ont pas reçu de dérivation hépatobiliare au cours des derniers 6 mois;
et
 - n'ont pas reçu de greffe hépatique.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par la réduction du score de prurit moyen hebdomadaire ≥ 1 point sur l'échelle PRUCISION ObsRO par rapport à la valeur précédent l'instauration du traitement, et documenter l'amélioration de la qualité de vie, y compris le sommeil, évalués sur une période d'au moins 2 semaines.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois. À la fin de chacune de ces périodes, le traitement avec l'odévixibat doit être interrompu. Une nouvelle demande pourra être autorisée pour une période maximale de 12 mois si le prescripteur fournit les données démontrant une rechute, définie par l'atteinte d'un score de prurit hebdomadaire moyen ≥ 2 points sur l'échelle PRUCISION ObsRO, évalué sur une période d'au moins 2 semaines.

Le traitement doit être arrêté si le patient reçoit une dérivation hépatobiliare ou une greffe hépatique. Il pourra être réinstauré si le prurit persiste depuis > 6 mois après la dérivation hépatobiliare.

Les autorisations sont accordées à raison d'une dose quotidienne maximale de 120 mcg/kg (ne pouvant dépasser 7,2 mg).

OFATUMUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7;

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté de poussée dans la dernière année alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter la sclérose en plaques de forme rémittente, mais qui ont dû cesser la prise de ce médicament pour une raison clinique.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale d'un an. Il en ira de même pour les demandes concernant la poursuite du traitement. Cependant, dans ces derniers cas, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

OLAPARIB :

- ♦ pour le traitement d'entretien du cancer 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.

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 épithelial 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.

ANNEXE IV

L'autorisation ne sera pas renouvelée pour les personnes présentant une réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125) à la suite de 24 mois de traitement par l'olaparib.

- ♦ pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - porteuses d'un variant pathogène germinale ou somatique d'un gène *BRCA*; et
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur de la synthèse des androgènes ou un inhibiteur du récepteur des androgènes de 2^e génération; et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'olaparib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de poly (ADP-ribose) polymérases s'il a été administré pour le traitement du cancer de la prostate.

- ♦ en monothérapie ou en association avec une hormonothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes porteuses d'une mutation germinale d'un gène *BRCA* :
 - dont le cancer a été complètement réséqué et n'est pas considéré comme étant résistant aux inhibiteurs de la PARP; et
 - qui ont terminé les traitements de radiothérapie, si prescrits, et au moins 6 cycles de chimiothérapie néoadjuvante ou adjuvante à base d'anthracycline ou de taxane depuis au moins 3 semaines; et
 - dont le risque de récidive est élevé. Le risque élevé est défini par l'absence de réponse pathologique complète et un score CPS-EG ≥ 3 à la suite de la chimiothérapie néoadjuvante ou par l'atteinte pathologique de ≥ 4 ganglions avant l'amorce de la chimiothérapie adjuvante; et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

L'absence de surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 0 à l'immunohistochimie (IHC) ou un résultat négatif à l'hybridation in situ (ISH). La légère surexpression du récepteur HER2 est définie par un score de 1+ à l'IHC ou un score de 2+ à l'IHC avec un résultat négatif à l'ISH.

L'olaparib doit être amorcé au cours des 12 semaines suivant la fin du dernier traitement parmi la chirurgie, la radiothérapie ou la chimiothérapie.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement adjuvant du cancer du sein précoce, négatif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas ou ne surexprimant que légèrement le récepteur HER2, chez les personnes porteuses d'une mutation germinale d'un gène *BRCA* :
 - dont le cancer a été complètement résqué 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.

- ♦ en association avec l'abiratérone et la prednisone, pour le traitement du cancer de la prostate métastatique résistant à la castration, chez les personnes :
 - présentant 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'enjalutamide ou 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 sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que l'association olaparib/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) polymérasées, si ceux-ci ont été administrés pour le traitement du cancer de la prostate.

L'association olaparib/abiratérone demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant obtenu une autorisation et un remboursement dans les 6 mois précédant le 4 février 2026 selon les conditions qui prévalaient.

OLODATÉROL (chlorhydrate d') / TIOTROPIUM (bromure monohydraté de) :

- ♦ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

ANNEXE IV

OMALIZUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave, dont le score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) est égal ou supérieur à 16 malgré l'utilisation d'antihistaminiques à doses optimisées.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté. Lors d'une demande subséquente, le prescripteur doit fournir les données démontrant une rechute. Cette dernière est définie par l'atteinte d'un score UAS7 qui est égal ou supérieur à 16 à la suite d'une réponse complète.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale de 24 semaines à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

ONABOTULINUMTOXINA :

- ♦ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme, du strabisme et d'autres conditions graves de spasticité.

Une condition grave de spasticité est définie par un trouble neuromusculaire pouvant entraîner une invalidité importante et nuire significativement la qualité de vie de la personne qui en est atteinte.

- ♦ pour le traitement des adultes qui souffrent d'hyperhidrose axillaire grave causant une atteinte importante sur les plans fonctionnel et psychosocial, lorsque l'usage, pendant un mois ou plus, d'une préparation de chlorure d'aluminium à au moins 20 %, utilisée selon les recommandations pour en maximiser l'effet et la tolérance, s'est avéré inefficace.

Dans la demande d'autorisation initiale, le prescripteur devra documenter les atteintes précitées. Une autorisation d'une durée de quatre mois sera alors accordée pour obtenir une dose de 100 unités de ce médicament.

Lors des demandes subséquentes, le prescripteur devra démontrer l'évidence d'un effet bénéfique au regard de la diminution de la sudation et de l'amélioration constatée sur les plans fonctionnel et psychosocial.

★ 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^{re} intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ne se prêtant pas à un traitement curatif ou métastatique présentant 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 l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'osimertinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase (ITK) ciblant l'EGFR, s'il a été administré pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules.

Dans le cas présent, l'échec se définit par une récidive ou une progression de la maladie pendant le traitement.

- ♦ pour le traitement adjuvant d'un cancer du poumon non à petites cellules exprimant une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) de l'EGFR, de stade pathologique IB à IIIA selon la 7^e édition de l'American Joint Committee on Cancer (AJCC), chez les personnes :

- dont le cancer a été complètement réséqué;
- et
- dont la résection a été réalisée dans les 26 semaines précédentes pour les personnes ayant reçu une chimiothérapie adjuvante ou dans les 10 semaines précédentes pour celles n'en ayant pas reçu;
- et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récidive de la maladie confirmée par imagerie.

La durée maximale totale du traitement est de 36 mois.

ANNEXE IV

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules dont la tumeur présente une délétion dans l'exon 19 ou une mutation de substitution dans l'exon 21 (L858R) du gène codant pour le récepteur du facteur de croissance épidermique (*EGFR*), au stade localement avancé non résécable et se prêtant à un traitement curatif, chez les personnes :
 - dont la maladie n'a pas progressé pendant ou après une chimioradiothérapie à base de sel de platine; et
 - dont le traitement de chimioradiothérapie antérieur s'est terminé au cours des 6 dernières semaines, à moins d'une justification pertinente; et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que l'osimertinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec de celui-ci s'il a été administré pour le traitement adjuvant du cancer du poumon. Dans le cas présent, l'échec se définit par une récidive de la maladie pendant le traitement.

OXCARBAZÉPINE :

- ♦ pour le traitement de l'épilepsie.
- ♦ pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine.

OXYCODONE, Co. L.A. :

- ♦ lorsque deux autres opiacés sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.

Toutefois, l'oxycodone à longue action est couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament du 1^{er} mars 2012 au 15 juillet 2012.

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que la prise concomitante de ce médicament avec le sévélamer ou le lanthane hydraté n'est pas autorisée.

OZANIMOD (CHLORHYDRATE D') :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

PALBOCICLIB :

- ♦ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, pour le traitement de 1^{re} intention du cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que la combinaison du palbociclib et d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien n'est pas autorisée en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression ou une 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.

ANNEXE IV

- ♦ 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.

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

ANNEXE IV

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la 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 - 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.

ANNEXE IV

PATISIRAN :

- ♦ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 0,3 mg/kg de patisiran une fois toutes les 3 semaines, jusqu'à une dose maximale de 30 mg.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Dans les demandes de poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que le patisiran n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

PAZOPANIB (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

PEGCÉTACOPLAN :

- ♦ pour le traitement de l'hémoglobinurie paroxystique nocturne, chez les personnes :
 - qui sont traitées par un inhibiteur du complément C5 depuis au moins 3 mois et qui n'obtiennent pas de réponse adéquate, comme démontré par une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine inférieure à 105 g/L;
ou
 - qui présentent une intolérance aux inhibiteurs du complément C5.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois. L'utilisation du pegcétacoplan en concomitance avec l'un des inhibiteurs de C5 n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement avec le pegcétacoplan.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré, par exemple, par une augmentation de la concentration sérique d'hémoglobine par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement. Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées à raison de 1 dose maximale de 1 080 mg, administrée 2 fois par semaine. Si le taux de lactate déshydrogénase est supérieur à 2 fois la limite supérieure à la normale en cours de traitement, l'administration d'une dose de 1 080 mg tous les 3 jours est permise.

Il est à noter que le retraitement par le pegcétacoplan est autorisé chez les personnes ayant dû le cesser en raison d'une grossesse ou d'une autre circonstance menant à son arrêt.

PEGINTERFÉRON ALFA-2A :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est contre-indiquée :
 - soit en présence d'une anémie hémolytique héréditaire (thalassémie et autres);
 - soit en présence d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 mL/min).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 20 semaines. La demande sera renouvelée si la diminution de l'ARN-VHC est supérieure ou égale à 1,8 log, après 12 semaines de traitement. L'autorisation sera alors donnée pour une durée maximale de 12 semaines. La demande sera renouvelée si l'ARN-VHC est négatif après 24 semaines de traitement. La durée totale du traitement sera de 48 semaines.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est non tolérée :
 - soit chez les personnes qui ont développé une anémie grave sous ribavirine malgré une diminution de la posologie à 600 mg par jour ($Hb < 80 \text{ g/L}$ 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.

PEMIGATINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cholangiocarcinome localement avancé non résécable ou métastatique, traité antérieurement par une thérapie systémique et présentant une fusion ou un autre réarrangement du facteur de croissance des fibroblastes 2 (FGFR2), chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

La posologie maximale autorisée est de 13,5 mg une fois par jour pendant 14 jours par cycle de 21 jours.

ANNEXE IV

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 anticonvulsifs 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 anticonvulsifs appropriés et tolérés (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL :

- ♦ en association avec un régime alimentaire restrictif en protéines, pour le traitement des patients atteints d'un trouble du cycle de l'urée, sauf en présence d'un déficit en N-acétylglutamate synthase, dont le taux plasmatique d'ammoniaque n'est pas adéquat malgré un traitement par le benzoate de sodium à dose optimale à moins d'une intolérance importante ou de contre-indication à ce médicament.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM :

- ♦ en association avec un régime alimentaire restrictif en protéines, pour le traitement des patients atteints d'un déficit en carbamyl-phosphate synthétase, en ornithine transcarbamylase ou en argininosuccinate synthétase dont le taux plasmatique d'ammoniaque n'est pas adéquat malgré un traitement par le benzoate de sodium à dose optimale à moins d'une intolérance importante ou de contre-indication à ce médicament.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM / PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM :

- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

PIMÉCROLIMUS :

- ♦ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique.

PIOGLITAZONE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la pioglitazone demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1^{er} octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) 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 pирfénidone 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 3^e intention ou plus du myélome multiple chez les personnes :
 - dont la maladie est réfractaire à la dernière intention de traitement reçue; et
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement par un inhibiteur du protéasome et la lémalidomide, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication; et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

ANNEXE IV

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer son effet bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

L'autorisation est donnée pour une 1 maximale quotidienne de 4 mg.

Il est à noter que la pomalidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortézomib.

★ POSACONAZOLE :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques invasives chez les personnes ayant développé une neutropénie à la suite d'une chimiothérapie pour traiter une leucémie myéloïde aiguë ou un syndrome myélodysplasique.
- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

★ PRASUGREL :

- ◆ lors d'un syndrome coronarien aigu, pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, en association avec l'acide acétylsalicylique, chez les personnes pour lesquelles une angioplastie percutanée coronarienne a été effectuée.

La durée maximale de l'autorisation est de 12 mois.

PROGESTÉRONE, Co. Vag. (Eff.) et Gel Vag. (App.) :

- ◆ chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

PROPRANOLOL (chlorhydrate de), Sol. Orale :

- ◆ pour le traitement des hémangiomes infantiles prolifératifs nécessitant un traitement systémique, soit ceux entraînant un risque vital ou fonctionnel, ceux ulcérés douloureux ou ne répondant pas à des soins des plaies simples et ceux associés à un risque de cicatrices permanentes ou de défiguration.

PSYLLIUM (mucilage de) :

- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.
- ◆ pour le traitement de la diarrhée chronique.

RANIBIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
 - dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
 - absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le prescripteur;
 - évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par œil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, le faricimab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

Toutefois, le ranibizumab demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1^{er} février 2010 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'épaisseur du centre de la rétine de l'œil à traiter doit être supérieure ou égale à 250 µm.

L'autorisation est donnée à raison d'un maximum de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou le faricimab pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'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 oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

- ♦ 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 dioptres;
- acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
- présence de liquide intra-rétinien ou sous-rétinien ou d'une fuite active consécutive à une lésion de néovascularisation choroïdienne observée par une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

La durée maximale du traitement est de 12 mois. Pendant cette période, le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même oeil.

ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/120;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par 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'oedème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même œil.

RASAGILINE (mésylate de) :

- ♦ pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie.

RAVULIZUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hémoglobinurie paroxystique nocturne qui présentent une hémolyse, corroborée par une concentration sérique de lactate déshydrogénase élevée, et dont l'état de santé est caractérisé par au moins 1 des éléments suivants :

- un événement thromboembolique traité par un anticoagulant;
- l'administration d'au moins 4 transfusions de globules rouges au cours des 12 derniers mois;
- une anémie définie par une concentration sérique d'hémoglobine mesurée à au moins 2 reprises, inférieure à 100 g/L et accompagnée de symptômes d'anémie ou inférieure ou égale à 70 g/L;
- une insuffisance pulmonaire définie par la présence d'une dyspnée invalidante, de douleurs thoraciques limitant les activités de la vie quotidienne ou d'hypertension artérielle pulmonaire;
- une insuffisance rénale définie par une clairance de la créatinine inférieure ou égale à 60 mL/min;
- des spasmes musculaires qui entraînent de la douleur dont l'intensité est telle qu'une hospitalisation ou un traitement analgésique par des opiacés est requis.

Les personnes en cours de traitement par l'éculizumab ou le crovalimab et qui en ont obtenu le remboursement en vertu de son indication reconnue pour le paiement sont admissibles au remboursement du ravulizumab sous réserve que le prescripteur fournisse la preuve d'un bon contrôle des symptômes de la maladie par l'éculizumab ou le crovalimab. Un bon contrôle est défini par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement par l'inhibiteur du complément.

La 1^{re} autorisation est d'une durée maximale de 6 mois, aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel :

- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 40 kg et inférieur à 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 60 kg et inférieur à 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de poids corporel égal ou supérieur à 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par une diminution de l'hémolyse, corroborée par une réduction significative de la concentration sérique de lactate déshydrogénase par rapport à la concentration sérique antérieure au début du traitement par l'inhibiteur du complément.

Les autorisations subséquentes sont d'une durée maximale de 12 mois aux doses maximales décrites plus haut.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre inhibiteur du complément C5, ni avec l'iptacopan. L'utilisation du ravulizumab en concomitance avec le pegcétacoplan n'est permise que pendant les 4 premières semaines de traitement par le pegcétacoplan.

Il est à noter que le traitement ou le retraitement par le ravulizumab est autorisé chez les personnes ayant reçu une autorisation de paiement pour un inhibiteur du complément selon l'indication reconnue mais ayant dû le cesser en raison, par exemple, d'une difficulté d'administration, d'une absence d'effet clinique bénéfique, d'une grossesse ou d'autres circonstances.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa) en présence :
 - d'un diagnostic de la maladie confirmé par la démonstration d'une activité de l'ADAMTS-13 $\geq 10\%$ (prélèvement préalable à la thérapie plasmatique, le cas échéant);
et
 - d'une microangiopathie thrombotique corroborée par un décompte plaquettaire $< 150 \times 10^9/l$ et par la présence d'au moins un signe d'hémolyse (LDH $\geq 1,5$ fois la limite supérieure de la normale [LSN], concentration d'haptoglobine $< 0,05 \text{ g/l}$ 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, héroglobine, 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 ≥ 5 kg et < 10 kg : 600 mg au jour 1, puis 300 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de ≥ 10 kg et < 20 kg : 600 mg au jour 1, puis 600 mg au jour 15, puis toutes les 4 semaines;
- pour les personnes de ≥ 20 kg et < 30 kg : 900 mg au jour 1, puis 2 100 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 30 kg et < 40 kg : 1 200 mg au jour 1, puis 2 700 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 40 kg et < 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 60 kg et < 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- pour les personnes de ≥ 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du complément C5 si celui-ci a été administré pour le traitement du SHUa.

Si le traitement a pris fin, il peut être repris en cas de situation comportant un haut risque de MAT (par exemple, une greffe rénale ou une hypertension maligne) ou s'il y a réapparition de signes d'hémolyse accompagnés d'une thrombopénie ou d'une atteinte d'organe secondaire à la maladie. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré tel que décrit ci-dessus. Les autorisations sont d'une durée maximale de 12 mois.

- ♦ pour le traitement du trouble du spectre de la neuromyélite optique (TSNMO) chez les adultes porteurs d'anticorps anti-aquaporine-4 (AQP4)-IgG.

À l'instauration du traitement, la personne doit avoir eu au moins 1 épisode (lequel est défini comme une poussée ou une rechute) dans les 12 derniers mois.

Sont également admissibles à un remboursement les personnes qui n'ont pas présenté d'épisodes dans les 12 derniers mois alors qu'elles recevaient un autre médicament pour traiter le TSNMO, mais qui ont dû cesser de prendre ce médicament en raison notamment d'une intolérance sérieuse.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs prétraitements.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes, en fonction du poids corporel :

- Pour les personnes de poids corporel ≥ 40 kg et < 60 kg : 2 400 mg au jour 1, puis 3 000 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- Pour les personnes de poids corporel ≥ 60 kg et < 100 kg : 2 700 mg au jour 1, puis 3 300 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines;
- Pour les personnes de poids corporel ≥ 100 kg : 3 000 mg au jour 1, puis 3 600 mg au jour 15, puis toutes les 8 semaines.

Il est à noter que le ravulizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement du TSNMO.

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE) :

- ♦ pour la mesure de la glycémie chez la personne diabétique ayant une déficience visuelle, c'est-à-dire qu'elle est de façon permanente incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non 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 précédent 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 :
 - autosurveilance : 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.

ANNEXE IV

RÉLUGOLIX/ ESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) :

- ♦ pour le traitement des ménorragies associées aux fibromes utérins.

RIBOCICLIB (succinate de) :

- ♦ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, comme thérapie endocrinienne initiale pour le cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les femmes en préménopause ou en périmenopause 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.

- ♦ 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 oeuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

RIPRÉTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale localement avancée non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'un traitement par l'imatinib, le sunitinib et le régoregafenib, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication; et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les autorisations pour le riprétinib sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg par jour.

RISANKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points; et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %; et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitréttine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le risankizumab sont données à raison d'une dose maximale de 150 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines.

RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant la forme sous-cutanée de risankizumab sont données à raison d'une dose maximale de 360 mg toutes les 8 semaines.

RISDIPLAM :

- ♦ pour le traitement de l'amyotrophie spinale 5q confirmée par un test génétique montrant une mutation ou une délétion biallélique du gène *SMN1*.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- 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 abéparvovac.

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.

ANNEXE IV

RITUXIMAB :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate.

À l'instauration du traitement :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement d'une durée suffisante par un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNFα) inscrit sur les listes de médicaments comme traitement biologique de 1^{re} intention de la polyarthrite rhumatoïde, ou encore par un agent biologique possédant un mécanisme d'action différent, inscrit aux mêmes fins, et ce, en cas d'intolérance sérieuse ou de contre-indication aux anti-TNFα.

L'autorisation initiale est donnée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par :

- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Un maximum de 2 traitements par période de 12 mois est autorisé. Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1 000 mg chacune.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la forme grave de la granulomatose avec polyangéite ou de la polyangéite microscopique, c'est-à-dire qui pourrait entraîner une défaillance d'organe ou mettre la vie en danger.

RIVAROXABAN, 2,5 mg :

- ♦ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en association avec une faible dose d'acide acétylsalicylique, chez les patients atteints d'une coronaropathie et d'une maladie artérielle périphérique.

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.

ANNEXE IV

ROSIGLITAZONE (maléate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la rosiglitazone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1^{er} octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline et l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

ROTIGOTINE :

- ♦ en association avec la lévodopa, pour le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson au stade avancé.
- ♦ pour le traitement des signes et symptômes d'intensité modérée ou grave du syndrome des jambes sans repos idiopathique, lorsqu'un autre agoniste dopaminergique est inefficace ou lorsque la voie orale ne peut pas être utilisée.

ROZANOLIXIZUMAB :

- ♦ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à IV selon la classification de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :
 - un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine ou d'anti-tyrosine kinase spécifiques du muscle; et
 - un score d'au moins 3 points sur l'échelle *Myasthenia Gravis Activities of Daily Living* (MG-ADL) (excluant les symptômes oculaires); et
 - un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase, 1 corticostéroïde et 1 immunosuppresseur non stéroïdien, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale sans détérioration clinique).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations sont accordées aux doses maximales suivantes en fonction du poids corporel à raison de 1 fois par semaine pour un maximum de 6 cycles de 6 semaines par année :

- Pour les personnes de ≥ 35 kg et < 50 kg : 280 mg;
- Pour les personnes de ≥ 50 kg et < 70 kg : 420 mg;
- Pour les personnes de ≥ 70 kg et < 100 kg : 560 mg;
- Pour les personnes ≥ 100 kg : 840 mg.

Il est à noter que le rozanolixizumab n'est pas autorisé de façon concomitante avec un inhibiteur du complément ou un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance du rozanolixizumab avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aigüe.

Il est également à noter que le rozanolixizumab n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du récepteur Fc néonatal si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

RUFINAMIDE :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Lennox-Gastaut lorsqu'au moins trois médicaments anticonvulsifs sont contre-indiqués, non tolérés ou inefficaces.

RUXOLITINIB (phosphate de) :

- ♦ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :

- une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base;
et
- une maladie de risque intermédiaire 2 ou de haut risque selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
et
- un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie confirmée par imagerie ou par l'examen physique et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

Il est à noter que le ruxolitinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des janus kinases utilisé pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose.

- ♦ pour le contrôle de l'hématocrite chez les personnes atteintes d'une polycythémie vraie :
 - dont la maladie est résistante à l'hydroxyurée;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

ANNEXE IV

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^{MC} ou qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen de ce dispositif.

SALMÉTÉROL (xinafoate de) / FLUTICASONE (propionate de) :

- ♦ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

Les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes pour les personnes assurées auprès de la RAMQ qui ont déjà obtenu un remboursement dans les 365 jours précédant le 1^{er} octobre 2003.

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante asthmatische démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS) post-bronchodilatateur d'au moins 12 % et 200 ml.

Toutefois, l'association salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 24 mars 2016.

SAPROPTÉRINE (dichlorhydrate de) :

- ♦ pour les femmes atteintes de phénylcétonurie qui désirent procréer et dont la concentration sérique de phénylalanine est supérieure à 360 µmol/l malgré une diète restreinte en phénylalanine.

L'autorisation initiale est d'une durée de 2 mois.

Lors de la demande de poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'une réponse au traitement. Une réponse à la saproptérine est définie par une diminution moyenne de la concentration sérique de phénylalanine d'au moins 30 %.

L'autorisation sera alors accordée pour la période pendant laquelle la femme tente de procréer et jusqu'à la fin de la grossesse.

ANNEXE IV

SARILUMAB :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation,et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sarilumab sont données à raison d'une dose maximale de 200 mg toutes les 2 semaines.

SATRALIZUMAB :

- ♦ pour le traitement du trouble du spectre de la 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.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique démontré par l'absence d'épisode ou par une réduction du nombre d'épisodes, quantifiée de façon explicite et objective par rapport aux valeurs pré-traitement.

Le renouvellement ne sera pas autorisé au-delà de deux épisodes survenus sur une période de deux années.

Il est à noter que le satralizumab n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé pour le traitement du TSNMO.

SAXAGLIPTINE :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
ou
- en association avec une sulfonylurée, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA_{1c}) 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_{1c}) adaptée au patient.

SÉBÉLIPASE ALFA :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de la forme infantile d'un déficit en lipase acide lysosomale (DLAL), aussi appelé maladie de Wolman.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter des manifestations cliniques du DLAL avant l'âge de six mois, notamment un retard de croissance depuis la naissance;
et
- avoir reçu une confirmation de DLAL par dosage enzymatique;
ou
- avoir reçu une confirmation génétique d'une suppression ou d'une mutation du gène associé au DLAL.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 5 mg/kg de sébélipase alfa une fois par semaine.

SÉCUKINUMAB :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois. Toutefois, pour les personnes de 90 kg ou plus, une augmentation de la dose à 300 mg toutes les 2 semaines à partir de la 16e semaine de traitement est permise.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - À l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - À l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 300 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, puis tous les mois.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale sur une période de 4 semaines chacun n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

ANNEXE IV

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
- et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le sécukinumab sont données à raison d'un maximum de 150 mg aux semaines 0, 1, 2, 3 et 4, suivi d'un maximum de 300 mg tous les mois.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'hidradénite suppurée modérée à grave :
 - qui ont au moins 3 abcès ou nodules;
et
 - qui présentent des lésions dans au moins 2 régions anatomiques distinctes, dont 1 de stade Hurley II ou III;
et
 - qui ont une réponse insuffisante à une antibiothérapie orale d'une durée d'au moins 3 mois.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets cliniques bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

SELEXIPAG :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivité, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

SÉLINEXOR :

- ♦ en association avec la dexaméthasone, pour la poursuite du traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire, chez les personnes ayant commencé un traitement associant le sélinexor, le bortézomib et la dexaméthasone en milieu hospitalier, et qui ont dû cesser le bortézomib en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une nouvelle contre-indication.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récidive ou de progression de la maladie.

Les autorisations sont données à raison de 1 dose hebdomadaire maximale de 100 mg.

SELPERCATINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde au stade avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente des mutations du gène *RET*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le selpercatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur ciblant uniquement le récepteur RET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer médullaire de la thyroïde.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé non résécable ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la tumeur présente une fusion du gène *RET*;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

Il est à noter que le selpercatinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur ciblant le récepteur RET, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du poumon.

SÉLUMÉTINIB :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des neurofibromes plexiformes (NP) symptomatiques inopérables liés à la neurofibromatose de type 1 (NF1), chez les personnes :
 - âgées de 2 à 18 ans à l'instauration du traitement;
et
 - dont les symptômes sont associés à une atteinte fonctionnelle significative ou à une réduction importante de la qualité de vie (par exemple : douleur chronique, compression d'un organe vital ou de la colonne vertébrale, altération significative des fonctions motrice, respiratoire, visuelle ou neurologique);
et
 - dont le diagnostic de NF1 est confirmé par :
 - un séquençage génétique;
OU
 - la présence d'un des critères diagnostiques suivants :
 - au moins 6 taches café au lait de plus de 5 mm de diamètre chez un enfant prépubère et de plus de 15 mm après la puberté;
 - des lentigines dans les plis axillaires ou inguinaux;
 - un gliome des voies optiques;
 - au moins deux nodules de Lisch;
 - une des lésions osseuses suivantes : dysplasie du sphénoïde, courbure antérolatérale du tibia ou pseudarthrose d'un os long;
 - un parent au premier degré atteint de NF1;
 - et
 - pour qui la résection complète du NP cible n'est pas considérée comme réalisable sans risque de morbidité substantielle (par exemple, en raison de l'enclavement ou de la proximité de structures vitales, du caractère invasif ou de la vascularisation élevée du NP).

ANNEXE IV

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 sélumétiolibat n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur MEK, si celui-ci a été administré pour le traitement de la NF1.

SÉMAGLUTIDE, Sol. Inj. S.C. :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale hebdomadaire de 1 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SÉMAGLUTIDE, Co. :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 14 mg.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SENNOSIDES A & B :

- ♦ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

SÉVÉLAMER (carbonate de) :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SÉVÉLAMER (chlorhydrate de) :

- ♦ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SILDÉNAFIL (citrate de) :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les autorisations seront données à raison de 20 mg 3 fois par jour.

SIPONIMOD (acide fumarique de) :

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- avoir une maladie active caractérisée par au moins l'un des éléments suivants :
 - une poussée clinique dans les deux dernières années;
 - une nouvelle lésion en T2 dans la dernière année;
 - une augmentation du volume d'une lésion en T2 dans la dernière année;
 - une lésion rehaussée par le gadolinium à l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) dans la dernière année;et
- avoir un résultat sur l'échelle EDSS inférieur à 7.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 2 mg par jour.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit confirmer que le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

SITAGLIPTINE :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;
ou
- en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace.

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SITAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :

- lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
et
 - lorsque la dose maximale optimale de metformine est stable depuis au moins un mois.
- Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient.

SOFOSBUVIR :

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 :

- qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC;
ou
- qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;
ou
- qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

ANNEXE IV

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 3 :

- qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;
- ou
- qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 24 semaines.

SOFOSBUVIR / VELPATASVIR :

- ♦ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique avec cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans cirrhose décompensée.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

SOFOSBUVIR / VELPATASVIR / VOXILAPRÉVIR :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique, qui ne présentent pas de cirrhose décompensée, infectées par :

- le génotype 1, 2, 3, 4, 5 ou 6 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement contenant un inhibiteur de la NS5A;
- ou
- le génotype 1, 2, 3 ou 4 et ayant déjà subi l'échec thérapeutique d'un traitement à base de sofosbuvir, mais sans d'inhibiteur de la NS5A.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

SOMATOTROPHINE :

- ♦ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à 6 mois d'intervalle.

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance.

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

- ♦ pour le traitement du déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée s'ils répondent aux critères suivants :
 - somatotrophine sérique ou plasmatique entre 0 et 3 µg/L lors d'une épreuve de stimulation pharmacologique.

Chez les personnes présentant un déficit multiple d'hormones hypophysaires, ainsi que pour confirmer une déficience acquise durant l'enfance ou l'adolescence, une seule épreuve de stimulation pharmacologique est nécessaire. Dans le cas d'un déficit isolé en hormone de croissance, une deuxième épreuve est requise.

Le test recommandé est l'hypoglycémie insulinique; si toutefois ce test est contre-indiqué, le test au glucagon peut lui être substitué.

- si le déficit est acquis à l'âge adulte, il doit être consécutif à une maladie hypophysaire ou hypothalamique ou encore à une chirurgie, à une radiothérapie ou à un traumatisme.
- ♦ pour le traitement du syndrome de Turner :
 - le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
 - sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
 - sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SOMATOTROPHINE – retard de croissance et syndrome de Turner :

- ♦ pour le traitement des enfants et des adolescents présentant un retard de croissance dû à une sécrétion insuffisante de l'hormone de croissance endogène s'ils répondent aux critères suivants :
 - croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle.

La période d'observation de douze mois ne s'applique pas chez les enfants présentant une hypoglycémie secondaire à une déficience en hormone de croissance :

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).
- ♦ pour le traitement du syndrome de Turner :
 - le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
 - sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
 - sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

ANNEXE IV

SOMATOTROPHINE – retard de croissance lié à l'insuffisance rénale :

- ♦ pour le traitement des enfants et adolescents présentant un retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale s'ils répondent aux critères suivants :
 - croissance non terminée, taux de filtration glomérulaire $\leq 1,25 \text{ mL/s}/1,73 \text{ m}^2$ ($75 \text{ mL/min}/1,73 \text{ m}^2$) et score Z (HSDS) ≤ -2 écarts-type (score Z = taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe) ou Δ score Z (HSDS) < 0 écart-type lorsque la taille est plus petite que le 10^e percentile (basé sur des périodes d'observation minimales de 6 mois si l'enfant a plus d'un an et de 3 mois pour l'enfant de moins d'un an);
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on n'observe pas de réponse (pas d'augmentation de Δ du score Z (HSDS) dans les douze premiers mois de traitement);
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on observe l'ossification des cartilages de conjugaison ou lorsque l'enfant a atteint la taille finale prévue;
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SORAFENIB (tosylate de) :

- ♦ pour le traitement du carcinome hépatocellulaire de stade avancé, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé après une chirurgie ou une thérapie locorégionale, à moins de ne pas y être admissible;
et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Il est à noter que le sorafenib n'est pas autorisé à la suite de l'échec du lenvatinib, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome hépatocellulaire.

SOTATERCEPT :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- recevoir un traitement optimisé comprenant au moins 2 autres médicaments pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire tels qu'un antagoniste des récepteurs de l'endothéline, un inhibiteur de la phosphodiésterase de type 5, une prostacycline, un analogue de la prostacycline ou un agoniste des récepteurs de la prostacycline, à moins de contre-indication ou d'intolérance;
et
- ne pas avoir une hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle IV de l'OMS.

STIRIPENTOL :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Dravet, en association avec le clobazam et le valproate, à moins d'intolérance sérieuse à l'un de ces médicaments.

SUNITINIB (malate de) :

- ♦ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2 :

- n'ayant pas répondu au traitement par l'imatinib (résistance primaire);
ou
- dont le cancer a évolué après avoir manifesté une réponse initiale à l'imatinib (résistance secondaire);
ou
- qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement de l'adénocarcinome rénal localement avancé ou métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie.

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des tumeurs neuroendocrines pancréatiques bien différenciées, non résécables et évolutives, à un stade avancé ou métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie, confirmée par imagerie. Les autorisations subséquentes sont pour des durées de 6 mois.

Il est à noter que le sunitinib n'est pas autorisé en association avec l'évérolimus, ni à la suite d'un échec avec l'évérolimus si celui-ci a été administré pour le traitement de tumeurs neuroendocrines pancréatiques.

ANNEXE IV

TACROLIMUS, Pom. Top. :

- ♦ pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors d'échec à un traitement avec un corticostéroïde topique.
- ♦ pour le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou bien lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage.

TADALAFIL :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les autorisations seront données à raison de 40 mg une fois par jour.

TAFAMIDIS :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints d'une cardiomyopathie causée par une amyloïdose à 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.

ANNEXE IV

TÉRIPARATIDE :

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
 - une nouvelle fracture de fragilisation survenue dans les 24 derniers mois à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
ou
 - un score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à -2,5 et une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois chez une femme avec un antécédent de fracture de fragilisation.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois. Un retraitement avec la tériparatide n'est pas autorisé.

Il est à noter que la tériparatide n'est pas autorisée si la personne a reçu le romosozumab, à moins d'une intolérance à ce dernier.

TÉRIPARATIDE (biosimilaire) :

- ♦ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
 - une nouvelle fracture de fragilisation survenue dans les 24 derniers mois à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
ou
 - un score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à -2,5 et une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois chez une femme avec un antécédent de fracture de fragilisation.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois. Un retraitement avec la tériparatide n'est pas autorisé.

Il est à noter que la tériparatide n'est pas autorisée si la personne a reçu le romosozumab, à moins d'une intolérance à ce dernier.

TÉZÉPÉLUMAB :

- ♦ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'asthme grave, présentant dans l'année de référence définie comme étant la dernière année ou les 12 mois précédant le traitement par un agent biologique indiqué pour le traitement de l'asthme grave :
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation quotidienne d'un corticostéroïde inhalé à dose élevée, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou d'un antimuscarinique à longue action en inhalation;
et
 - au moins 2 exacerbations nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

Pour la demande initiale, le prescripteur doit fournir le nombre d'exacerbations, comme défini précédemment, et le résultat à l'un des questionnaires suivants pour l'année de référence :

- Asthma Control Questionnaire (ACQ);
ou
- Asthma Control Test (ACT);
ou
- St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ);
ou
- Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ).

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois.

La demande de poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement par rapport aux valeurs de base, soit :

- une diminution de 0,5 point ou plus au ACQ;
ou
- une augmentation de 3 points ou plus au ACT;
ou
- une diminution de 4 points ou plus au SGRQ;
ou
- une augmentation de 0,5 point ou plus au AQLQ;
ou
- une réduction d'au moins 50 % des exacerbations annuelles.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer du maintien des effets bénéfiques du traitement par le tézépélumab par rapport aux valeurs de base. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 210 mg toutes les 4 semaines.

THALIDOMIDE :

- ♦ en association avec le melphalan et la prednisone, pour le traitement de première intention du myélome multiple, chez des personnes non candidates à la greffe de cellules souches.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie définie par les critères de l'International Myeloma Working Group.

Il est à noter que la thalidomide ne sera pas autorisée en association avec le bortezomib.

★ 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.

ANNEXE IV

★ TIGÉCYCLINE :

- ◆ pour le traitement des infections compliquées cutanées polymicrobiennes prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline (SARM) :
 - nécessitant une antibiothérapie ciblant simultanément le SARM et les bactéries Gram négatif; et
 - lorsque la vancomycine en combinaison avec un autre antibiotique est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.
- ◆ pour le traitement des infections compliquées intra-abdominales, en cas d'échec, de contre-indication ou d'intolérance à un traitement de première intention.

TILDRAKIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitritéline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tildrakizumab sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines.

TIZANIDINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré.

TOBRAMYCINE (sulfate de), Sol. pour Inh. et Pd. pour Inh. :

- ♦ chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à *Pseudomonas aeruginosa* lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation.

TOCILIZUMAB, Sol. Perf. I.V. :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 8 mg/kg à toutes les 4 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication;
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par un agent modulateur de la réponse biologique titré de façon optimale pendant au moins 5 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

ANNEXE IV

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et 1 des 3 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - un autre signe d'inflammation chronique tel que : anémie, thrombocytose, leucocytose; et
- présenter au moins 1 atteinte systémique parmi les suivantes :
 - persistance d'épisodes de fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$);
 - éruption cutanée typique;
 - adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie;
 - inflammation ou épanchement séreux.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter 2 des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement; et

- disparition des épisodes de fièvre.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 10 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et d'une dose maximale de 8 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

ANNEXE IV

TOCILIZUMAB, Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab Sol. Inj. S.C. sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les semaines.

- ♦ comme traitement adjuvant à une corticothérapie, administrée à doses décroissantes, chez les personnes atteintes d'artérite à cellules géantes.

L'autorisation est accordée pour une durée maximale de 52 semaines par épisode.

Une autorisation peut être accordée par la suite pour tout nouvel épisode de la maladie, selon les modalités de traitement précitées du premier épisode, et ce, pour une durée maximale de 52 semaines.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication; et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par un agent modulateur de la réponse biologique titré de façon optimale pendant au moins 5 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et 1 des 3 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - un autre signe d'inflammation chronique tel que : anémie, thrombocytose, leucocytose; et
- présenter au moins 1 atteinte systémique parmi les suivantes :
 - persistance d'épisodes de fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$);
 - éruption cutanée typique;
 - adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie;
 - inflammation ou épanchement séreux.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter 2 des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement; et
- disparition des épisodes de fièvre.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et d'une dose maximale de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et 1 des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou le retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations touchées avec limitation de mouvement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le tocilizumab administré par voie sous-cutanée sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg toutes les 3 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et d'une dose maximale de 162 mg toutes les 2 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCOPHÉRYLE (acétate de dl-alpha) :

- ♦ pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E.

TOFACITINIB (citrate de) :

- ♦ en association avec le méthotrexate, pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication au méthotrexate.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. L'un des 2 agents doit être le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication à cette dose.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et

ANNEXE IV

- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

TRAMÉTINIB :

- ♦ en association avec le dabrafénib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résécable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le tramétinib, en association avec le dabrafénib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ♦ en association avec le dabrafénib, pour le traitement adjuvant d'un mélanome exprimant une mutation V600 du gène BRAF, avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, chez les personnes :

- dont le mélanome a été complètement réséqué;
et
- dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de 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 tramétinib n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec un inhibiteur BRAF si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

TREPROSTINIL SODIQUE :

- ♦ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

TRÉTINOÏNE, Cr. Top. et Gel Top. :

- ♦ pour le traitement de l'acné ou d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

TRIENTINE (chlorhydrate de) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Wilson, lorsque la pénicillamine est contre-indiquée ou non tolérée.

TRIFLURIDINE / TIPIRACIL (chlorhydrate de) :

- ♦ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1 ainsi qu'un échec aux thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
 - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine; et
 - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine; et
 - un traitement incluant le bevacizumab; et
 - en présence d'un gène RAS non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne à un stade métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé à la suite d'au moins deux traitements systémiques pour un cancer avancé, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse, incluant une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, de sel de platine, de taxane ou d'irinotécan. Les personnes au statut HER2 positif doivent également avoir reçu une thérapie ciblant les récepteurs HER2; à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse; et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

TRIHEPTANOÏNE :

- ♦ pour le traitement des troubles d'oxydation des acides gras à longue chaîne (TOAG-LC).

Lors de l'instauration du traitement, la personne doit :

- avoir reçu un diagnostic confirmé de TOAG-LC; et
- suivre une diète pauvre en acides gras à longue chaîne et riche en glucides; et

ANNEXE IV

- 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.

À l'instauration du traitement ou chez la personne recevant déjà le médicament depuis moins de 5 mois :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation,et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg 1 fois par jour.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - À l'instauration du traitement, la personne doit avoir 8 articulations ou plus avec synovite active, et 1 des 4 éléments suivants :
 - des érosions sur le plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg une fois par jour.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - À l'instauration du traitement, la personne doit avoir, au moins 3 articulations avec synovite active et un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
et
 - la maladie doit être toujours active malgré un traitement par 2 agents de rémission de la maladie, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, 1 des 2 agents doit être :
 - le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

ANNEXE IV

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale de 15 mg 1 fois par jour.

- ♦ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'au moins 1 agent de rémission systémique, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

Chez la personne ayant commencé un agent de rémission systémique avant l'âge de 12 ans, les critères d'instauration doivent avoir été documentés avant le début du traitement et l'emploi préalable de photothérapie n'est pas requis.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 30 mg.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :

- en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui, à moins de contre-indication, l'usage d'un agent biologique inscrit sur les listes de médicaments pour soigner cette maladie n'a pas induit un bon contrôle de la maladie.

Lors de la demande initiale, le prescripteur doit fournir les éléments suivants :

- le score au BASDAI;
et
- le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'un maximum de 15 mg par jour.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

ANNEXE IV

La d'une demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

UPADACITINIB (30 mg) :

- ♦ pour le traitement des patients âgés de 12 ans ou plus atteints d'une forme modérée à grave de dermatite atopique chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 16 sur l'échelle de sévérité de la dermatite atopique (EASI) ou d'une atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 8 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI ou cDLQI); et
 - en présence d'une atteinte de 10 % ou plus de la surface corporelle, sauf en cas d'atteinte grave au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale; et
 - lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation de traitements topiques comprenant au moins 2 corticostéroïdes topiques de puissance moyenne ou élevée et 1 inhibiteur de la calcineurine topique; et
- ♦ lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
- lorsque le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'au moins 1 agent de rémission systémique, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

Chez la personne ayant commencé un agent de rémission systémique avant l'âge de 12 ans, les critères d'instauration doivent avoir été documentés avant le début du traitement et l'emploi préalable de photothérapie n'est pas requis.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration importante des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement, et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport à la valeur de base.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'upadacitinib sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 30 mg.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

UPADACITINIB (45 mg) :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

ANNEXE IV

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ENFANTS) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :

- en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
- lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être chez l'adulte :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitréotide à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines avec la possibilité d'augmenter la fréquence d'administration à toutes les 8 semaines après 6 mois de traitement.

Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE) :

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme modérée à grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 12 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) et d'une atteinte corporelle d'au moins 10 %, ou de plaques importantes au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale;
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;
et
 - lorsqu'un traitement par 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas induit un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétiline à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et d'au moins 50 % de l'atteinte corporelle par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au visage, à la paume des mains, à la plante des pieds ou dans la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines avec la possibilité d'augmenter la fréquence d'administration à toutes les 8 semaines après 6 mois de traitement.

Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave :
 - lorsque les anti-TNFα figurant dans la Liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions sont contre-indiqués. Dans ce cas, les conditions requises pour accorder la 1^{re} autorisation de l'ustekinumab sont les mêmes que celles exigées à l'instauration d'un traitement par les anti-TNFα hormis l'infliximab, et ce, en tenant compte du fait qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique;
ou
 - lorsqu'un traitement par un anti-TNFα figurant dans la Liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions n'a pas induit un contrôle optimal de celle-ci ou n'a pas été toléré. L'anti-TNFα doit avoir été utilisé conformément aux indications qui lui sont reconnues dans cette Liste pour cette maladie, et ce, en tenant compte du fait qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique.

ANNEXE IV

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 7 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 1 des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - le retour au travail.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant l'ustekinumab sont données à raison d'une dose maximale de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN) :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

VEDOLIZUMAB, Pd. Perf. I.V. :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave :
 - en présence d'un score Mayo total de 6 à 12 points;
et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les autorisations concernant le vedolizumab sont données à raison d'une dose maximale de 300 mg aux semaines 0, 2, 6 puis toutes les 8 semaines.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Le vedolizumab est autorisé à raison de 3 doses de 300 mg administrées aux semaines 0, 2 et 6 puis d'un maximum de 300 mg toutes les 8 semaines.

VEDOLIZUMAB, Sol. Inj. S.C. :

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave.

Les autorisations concernant le vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction, selon l'indication donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la colite ulcéreuse.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo partiel (sans endoscopie) d'au moins 2 points, ou une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Les demandes concernant le vedolizumab administré par voie sous-cutanée sont autorisées à raison d'une dose maximale de 108 mg toutes les 2 semaines.

- ♦ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn modérée à grave.

ANNEXE IV

Les autorisations concernant le vedolizumab en solution injectable pour administration sous-cutanée sont données pour les patients qui ont reçu au préalable au moins 2 doses de vedolizumab sous forme de poudre pour perfusion intraveineuse comme traitement d'induction selon l'indication donnant droit au remboursement du vedolizumab sous forme intraveineuse pour la maladie de Crohn.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

La demande pour la poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

Le vedolizumab est autorisé à raison d'une dose maximale de 108 mg toutes les 2 semaines.

VÉMURAFÉNIB :

- ♦ en association avec le cobimétinib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non 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 cobimétinib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ♦ en monothérapie pour le traitement d'un mélanome non 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.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que la maladie ne progresse pas. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ en monothérapie pour la poursuite du traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 6 cycles combinant le vénétoclax et l'obinutuzumab.

L'autorisation est donnée pour une durée maximale de 6 cycles.

- ♦ en association avec l'ibrutinib, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique selon l'indication reconnue pour l'ibrutinib, pour un maximum de 12 cycles.

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 $\leq 40\%$); 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, 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 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
 - ou

ANNEXE IV

- ayant présenté au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
- dont la maladie est associée à une composante astmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS_{post-bronchodilatateur} d'au moins 12 % et 200 ml).

Les autorisations sont données à raison de 1 dose maximale quotidienne de 100MCg de furoate de fluticasone.

- ♦ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / FLUTICASONE (furoate de), 25MCg – 200MCg :

- ♦ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') :

- ♦ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas induit un bon contrôle des symptômes de la maladie.

VILANTÉROL (trifénatate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') / FLUTICASONE (furoate de) :

- ♦ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :
 - ayant présenté au moins 2 exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté dans la dernière année au moins 1 exacerbation des symptômes de la maladie ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de 2 bronchodilatateurs à longue action;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante astmatique démontrée par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du volume expiratoire maximal en 1 seconde (VEMS_{post-bronchodilatateur} d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés par 1 agoniste β_2 à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation utilisés régulièrement;
ou
 - qui reçoivent déjà 1 agoniste β_2 à longue action, 1 antimuscarinique à longue action et 1 corticostéroïde en inhalation.

VISMODEGIB :

- ♦ pour le traitement du carcinome basocellulaire au stade localement avancé ou métastatique chez les personnes qui ne sont pas admissibles à la chirurgie ni à la radiothérapie et qui présentent un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

★ VORICONAZOLE :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive.
- ◆ pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

VUTRISIRAN :

- ◆ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne :

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 25 mg de vutrisiran une fois tous les 3 mois.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Dans les demandes de poursuite du traitement, le médecin doit confirmer que son patient n'a pas atteint le stade 3 à l'échelle FAP ou le stade 4 à l'échelle PND. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une maladie au stade FAP 3 ou PND 4.

Il est à noter que le vutrisiran n'est pas autorisé en combinaison avec un autre médicament modificateur de la maladie utilisé dans le traitement de l'amyloïdose à transthyrétine.

ZANUBRUTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de la macroglobulinémie de Waldenström récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie selon les critères de l'International Workshop for Waldenström's Macroglobulinemia (IWWM).

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de 1^{re} intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique, chez les personnes dont le statut de performance sur l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

ANNEXE IV

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

Une réévaluation clinique par le prescripteur est requise périodiquement afin de s'assurer que l'effet clinique bénéfique défini précédemment se maintient. Autrement, le traitement doit être cessé.

- ♦ en monothérapie, pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique récidivante ou réfractaire, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le prescripteur devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Il est à noter que le zanubrutinib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur de la tyrosine kinase de Bruton, si celui-ci a été administré pour le traitement de la leucémie lymphoïde chronique.

ZILUCOPLAN :

- ♦ pour le traitement de la myasthénie grave généralisée de stade II à V selon la classification de la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA), chez les personnes présentant :

- un résultat positif documenté à un test sérologique des anticorps anti-récepteurs de l'acétylcholine; et
- un score d'au moins 6 points sur l'échelle Myasthenia Gravis Activities of Daily Living (MG-ADL); et
- à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse documentées, un contrôle inadéquat de la maladie malgré un traitement par 1 inhibiteur de l'acétylcholinestérase et, pendant au moins 1 an :
 - par au moins 2 médicaments parmi les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs non stéroïdiens; ou
 - par au moins 1 de ces médicaments avec l'utilisation chronique (tous les 3 mois ou moins) de thérapie plasmatique ou d'immunoglobulines.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 6 mois.

Les demandes pour la poursuite du traitement sont autorisées si le prescripteur fournit la preuve d'un effet clinique bénéfique significatif (par exemple par une réduction d'au moins 2 points sur l'échelle MG-ADL par rapport à la valeur de base, le retrait de la gastrostomie le cas échéant ou une diminution de la dose de corticostéroïde équivalente à 5 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à la dose initiale sans détérioration clinique).

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Toutes les autorisations sont accordées aux doses maximales quotidiennes suivantes en fonction du poids corporel :

- Pour les personnes de < 56 kg : 16,6 mg 1 fois par jour;
- Pour les personnes de ≥ 56 kg et < 77 kg : 23,0 mg 1 fois par jour;
- Pour les personnes de ≥ 77 kg : 32,4 mg 1 fois par jour.

Il est à noter que le zilucoplan n'est pas autorisé de façon concomitante avec un autre inhibiteur du complément ou avec un inhibiteur du récepteur Fc néonatal administrés pour la prise en charge de la myasthénie grave. L'utilisation en concomitance du zilucoplan avec la thérapie plasmatique ou les immunoglobulines n'est permise qu'en contexte de poussée clinique aigüe.

Il est également à noter que le zilucoplan n'est pas autorisé après l'échec d'un autre inhibiteur du complément C5 si celui-ci a été administré pour le traitement de la myasthénie grave.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL :

- ◆ pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale.
- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant une tumeur solide avec au moins une métastase osseuse, ou un myélome multiple avec lésions osseuses.

Sans égard aux indications de paiement énoncées ci-dessus, l'acide zolédronique est couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois 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.
- ◆ 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.

**LISTE DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION
DONT LES INDICATIONS RECONNUES DEMEURENT COUVERTES
POUR LES PERSONNES EN COURS DE TRAITEMENT**

ADALIMUMAB (HUMIRA) :

Sol. Inj. S.C

50 mg/mL (0,8 mL)

02258595	Humira (seringue)	AbbVie	2	1428,48	714,2400
99100385	Humira (stylo)	AbbVie	2	1428,48	714,2400

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 3 mars 2021.

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 40 mg aux 2 semaines.

♦ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le prescripteur devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

♦ pour le traitement des personnes atteintes de colite ulcéreuse modérée à grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %, ou une diminution du score Mayo partiel d'au moins 2 points;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois.

AFLIBERCEPT (EYLEA) :

Sol. Inj.				40 mg/mL(0,278 mL)	
02415992	Eylea	Bayer	1	1418,00	
Sol. Inj. (ser)				40 mg/mL (0,177 mL)	
02505355	Eylea	Bayer	1	1418,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 6 novembre 2025.

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne.

L'administration recommandée est de 1 dose par oeil tous les 2 mois. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab, le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique.

L'administration recommandée est de 1 dose par oeil tous les 2 mois. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, l'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le faricimab ou le ranibizumab pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'aflibercept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un oedème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par 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'oedème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que l'afiblerecept ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne pour traiter le même œil.

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 fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 1^{er} février 2018 :

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du prescripteur (échelle visuelle analogue);
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 19 août 2020 :

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournit les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et 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 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 50 mg 2 fois par semaine.

FILGRASTIM (NEUPOGEN) :

Sol. Inj.				300 mcg/mL (1,0 mL)	
01968017	Neupogen	Amgen	10	1731,89	173,1890

Sol. Inj.				300 mcg/mL (1,6 mL)	
99001454	Neupogen	Amgen	10	2771,02	277,1020

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 30 septembre 2020.

- ♦ pour le traitement des personnes recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).
- ♦ pour le traitement des personnes à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.
- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.
- ♦ lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à $1,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.

ANNEXE IV.1

- ♦ 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^e semaine.

♦ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le prescripteur fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

ANNEXE IV.1

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le prescripteur 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 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.

OMALIZUMAB (XOLAIR) :

Sol. Inj. S.C. (ser) 02459795	Xolair	Novartis	1	150 mg/mL (1 ml) 628,84	
----------------------------------	--------	----------	---	----------------------------	--

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 25 septembre 2025.

- ♦ Pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave à la condition que le prescripteur fournit la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 24 semaines à raison d'un maximum de 300 mg aux 4 semaines.

RANIBIZUMAB (LUCENTIS) :

Sol. Inj.				10 mg/mL (0,23 ml)	
02296810	Lucentis	Novartis	1	1575,00	
Sol. Inj. (ser)				10 mg/mL (0,165 ml)	
02425629	Lucentis	Novartis	1	1575,00	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 13 décembre 2023.

- ♦ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept, le faricimab ou la vertéporfine pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 dose par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou le faricimab pour traiter le même oeil.

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est donnée à raison de 1 **dose** par mois et par oeil.

Le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique est démontré, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée à partir d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé en combinaison avec un autre médicament biologique ciblé utilisé dans le traitement d'un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine pour traiter le même oeil.

ANNEXE IV.1

- ♦ pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique.

L'autorisation est donnée à raison de 1 **dose** par mois et par oeil.

La durée maximale du traitement est de 12 mois. Pendant cette période, le traitement peut être poursuivi pour les personnes chez qui un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la maladie, est démontré à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même oeil.

RITUXIMAB (RITUXAN) :

Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL	
02241927	Rituxan	Roche	10 mL 50 mL	453,10 2 265,50	

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 30 septembre 2020.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

La durée de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'une période minimale de 12 mois et pour un maximum de 2 traitements.

Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1000 mg chacune.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA) :

Sol. Inj. S.C. (ser)

162 mg/0,9 mL

02424770	Actemra	Roche	4	1420,00	355,0000
----------	---------	-------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

162 mg/0,9 mL

02483327	Actemra	Roche	4	1420,00	355,0000
----------	---------	-------	---	---------	----------

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (4 mL)

02350092	Actemra	Roche	1	179,20	
----------	---------	-------	---	--------	--

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (10 mL)

02350106	Actemra	Roche	1	448,00	
----------	---------	-------	---	--------	--

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (20mL)

02350114	Actemra	Roche	1	896,00	
----------	---------	-------	---	--------	--

TOCILIZUMAB (ACTEMRA), Sol. Perf. I.V. :

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 22 mai 2025.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur 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 d'une dose maximale de 8 mg/kg à toutes les 4 semaines.

♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter deux des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées; et
- disparition des épisodes de fièvre.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 10 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 8 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCILIZUMAB (ACTEMRA), Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 22 mai 2025.

- ♦ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'une dose maximale de 162 mg à toutes les semaines.

- ♦ comme traitement adjuvant à une corticothérapie, administrée à doses décroissantes, chez les personnes atteintes d'artérite à cellules géantes.

L'autorisation est accordée pour l'épisode de la maladie présentement en cours le 21 mai 2025 pour une durée maximale de 52 semaines et ne pouvant dépasser le 21 mai 2026.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes, à la condition que le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- présenter deux des éléments suivants ou une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées; et
- disparition des épisodes de fièvre.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 162 mg toutes les semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire, à la condition que le prescripteur fournit les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale par le prescripteur selon l'échelle visuelle analogue;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 162 mg toutes les 3 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 162 mg toutes les 2 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

USTEKINUMAB (STELARA) :

Sol. Inj. S.C. (ser)

45 mg/0,5 mL

02320673	Stelara	Janss. Inc	1	4311,72	
----------	---------	------------	---	---------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

90 mg/1 mL

02320681	Stelara	Janss. Inc	1	4311,72	
----------	---------	------------	---	---------	--

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement avant le 23 mai 2024.

- ♦ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 45 mg aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

- ♦ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, à la condition que le prescripteur fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 45 mg aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

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
agents anti-maniaques**

lithium (carbonate de)

**36:26
diabète sucré**

réactif quantitatif du glucose dans le sang

**36:88
contenu de l'urines et des selles**

réactif semi-quantitatif de l'acétone et du glucose

**36:88.40
sucré**

réactif semi-quantitatif du glucose

56:36

agents anti-inflammatoires

5-aminoacétylique (acide)

Co. Ent.

5-aminoacétylique (acide)

Co. L.A.

68:18

gonadotrophines et antigenadotrophines

leuprolide (acétate de)

**68:20.08
insulines**

insuline isophane bio-synthétique de séquence humaine

insuline lispro

insuline zinc cristalline bio-synthétique de séquence humaine

insulines zinc cristalline et isophane bio-synthétiques de séquence humaine

68:36.04

agents thyroïdiens

lévothyroxine sodique

84:92

agents de la peau et des muqueuses, divers

hydrogel

**86:16
relaxants muscles lisses voies respiratoires**

théophylline

Co. L.A.

**90:28
thérapie immunosuppressive**

cyclosporine

**92:00
divers agents thérapeutiques**

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

médicaments d'exception

capteur Dexcom G6

capteur Dexcom G7

capteur FreeStyle Libre 2

capteur FreeStyle Libre 3 Plus

émetteur Dexcom G6

pansement absorbant - chlorure de sodium

pansement absorbant - fibres gélifiantes

pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association

pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes

pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association

pansement antimicrobien – argent

pansement antimicrobien – 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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

4:04

ANTIHISTAMINIQUES DE PREMIÈRE GÉNÉRATION

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj.

00596612	<i>Diphenhydramine (chlorhydrate de) Diphenist</i>	Sandoz Oméga	1 ml 1 ml	50 mg/mL PPB ► 4,04 4,04	
----------	--	-----------------	--------------	-----------------------------------	--

FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE) R

Caps.

02246082	<i>Flunarizine</i>	AA Pharma	60 100	5 mg 43,22 72,03	0,7203 0,7203
----------	--------------------	-----------	-----------	------------------------	------------------

8:00

ANTI-INFECTIEUX

8:08	anthelmintiques
8:12	antibactériens
8:12.02	aminosides
8:12.06	céphalosporines
8:12.07	bêta-lactamines diverses
8:12.12	macrolides
8:12.16	pénicillines
8:12.18	quinolones
8:12.20	sulfamides
8:12.24	tétracyclines
8:12.28	antibactériens, divers
8:14	antifongiques
8:14.04	allylamines
8:14.08	azoles
8:14.28	polyènes
8:16	antimycobactériens
8:16.04	antituberculeux
8:16.92	antimycobactériens, divers
8:18	antiviraux
8:18.04	adamantanes
8:18.08	antirétroviraux
8:18.28	inhibiteurs de la neuraminidase
8:18.32	nucléosides et nucléotides
8:18.92	antiviraux, divers
8:30	antiprotozoaires
8:30.04	amoebicides
8:30.08	antipaludiques
8:30.92	antiprotozoaires, divers
8:36	anti-infectieux urinaires

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

8:08

ANTHELMINTIQUES

MÉBENDAZOLE 

Co.

00556734	Vermax	Janss. Inc	6	100 mg	19,27	3,2117
----------	--------	------------	---	--------	-------	--------

PRAZIQUANTEL 

Co.

02230897	Biltricide	Bayer	4	600 mg	23,12	5,7800
			6		34,68	5,7800

PYRANTEL (PAMOATE DE)

Co.

02380617	Jamp-Pyrantel Pamoate	Jamp	10	125 mg	PPB	7,18	0,7175
02535467	Riva-Pyrantel Pamoate	Riva	10			7,18	0,7175

Susp. Orale

02412470	Jamp-Pyrantel Pamoate Suspension	Jamp	30 ml	50 mg/mL	23,10	0,7700
----------	----------------------------------	------	-------	----------	-------	--------

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	40 mg/mL	PPB	2,41	
02230640	Tobramycin	Fresenius	30 ml			36,15	
			2 ml			2,41	
99005069	Tobramycine (sans préservatif)	Sandoz	30 ml			36,15	
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
02237138	Céfazoline pour injection	Fresenius	10	26,96	2,6961
02437112	Céfazoline pour injection	Hikma	25	67,40	2,6961
02308959	Céfazoline pour injection	Sandoz	10	26,96	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	
02237140	Céfazoline pour injection	Fresenius	10	301,50	30,1500
02437120	Céfazoline pour injection	Hikma	10	301,50	30,1500
02308967	Céfazoline pour injection	Sandoz	1	30,15	
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	Hikma	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
00868981	Suprax	Odan	10	27,17	2,7172
			7	19,02	2,7172
			10	27,17	2,7172

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale					
02468689 00868965	Auro-Cefixime <i>Suprax</i>	AuroPharma Odan	100 mg/5 mL PPB 50 ml 50 ml	18,32 18,32	0,3664 0,3664
CÉFOTAXIME SODIQUE					
Pd. Inj.					
02434091	Céfotaxime sodique pour <i>injection BP</i>	Sterimax	10	1 g 83,30	8,3300
Pd. Inj.					
02434105	Céfotaxime sodique pour <i>injection BP</i>	Sterimax	10	2 g 166,86	16,6860
CEFPROZIL					
Co.					
02293528	Taro-Cefprozil	Sun Pharma	100	250 mg 43,32	0,4332
Co.					
02347253 02293536	Auro-Cefprozil <i>Taro-Cefprozil</i>	AuroPharma Sun Pharma	100 100	500 mg PPB 84,94 84,94	0,8494 0,8494
Susp. Orale					
02347261 02329204	Auro-Cefprozil <i>Taro-Cefprozil</i>	AuroPharma Sun Pharma	75 ml 100 ml 75 ml 100 ml	125 mg/5 mL PPB 7,28 9,70 7,28 9,70	0,0970 0,0970 0,0970 0,0970
Susp. Orale					
02347288 02293579	Auro-Cefprozil <i>Taro-Cefprozil</i>	AuroPharma Sun Pharma	75 ml 100 ml 75 ml 100 ml	250 mg/5 mL PPB 14,54 19,38 14,54 19,38	0,1938 0,1938 0,1938 0,1938
CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE)					
Pd. Inj.					
00886971 02437848	Ceftazidime pour injection <i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Fresenius Sterimax	1 10	1 g PPB 18,85 188,50	18,8500
Pd. Inj.					
00886955 02437856	Ceftazidime pour injection <i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Fresenius Sterimax	1 10	2 g PPB 37,10 371,00	37,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.					
00886963 02437864	Ceftazidime pour injection Ceftazidime pour injection BP	Fresenius Sterimax	1 1	6 g PPB ► 111,29 ► 111,29	
CEFTRIAZONE SODIQUE R					
Pd. Inj.					
02325616 02292270 02287633	Ceftriazone Ceftriazone pour injection Ceftriazone sodique pour injection	Sterimax Sandoz Novopharm	10 10 1	1 g PPB 124,90 124,90 ► 12,49	12,4900 12,4900
Pd. Inj.					
02325624 02292289	Ceftriazone Ceftriazone pour injection	Sterimax Sandoz	10 10	2 g PPB 344,85 344,85	34,4850 34,4850
Pd. Inj.					
* 02325632 02287668 * 02292297	Ceftriazone Ceftriazone sodique pour injection Ceftriazone sodique pour injection	Sterimax Novopharm Sandoz	1 1 1	10 g PPB ► 153,00 107,10 ► 153,00	R
Pd. Inj.					
02325594	Ceftriazone sodique pour injection BP	Sterimax	10	250 mg 56,43	5,6430
CÉFUROXIME AXETIL R					
Co.					
02244393 02344823 02547198	Apo-Cefuroxime Auro-Cefuroxime JAMP Cefuroxime	Apotex AuroPharma Jamp	60 60 60	250 mg PPB 25,16 41,94 25,16 25,16	0,4194 0,4194 0,4194 0,4194
Co.					
02244394 02344831 02547201	Apo-Cefuroxime Auro-Cefuroxime JAMP Cefuroxime	Apotex AuroPharma Jamp	60 60 60	500 mg PPB 49,85 83,08 49,85 49,85	0,8308 0,8308 0,8308 0,8308
Susp. Orale					
02212307	Ceftin	Sandoz	70 ml 100 ml	125 mg/5 mL 11,57 16,52	0,1653 0,1652

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CÉFUROXIME SODIQUE 

Pd. Inj.

02241639	<i>Céfuroxime pour injection</i>	Fresenius	1	1,5 g	PPB
02422301	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Hikma	25	28,04	701,00 ➡ 28,0400

Pd. Inj.

02422328	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Hikma	10	7,5 g	
----------	--------------------------------------	-------	----	-------	--

Pd. Inj.

02241638	<i>Céfuroxime pour injection</i>	Fresenius	1	750 mg	PPB
02422298	<i>Céfuroxime pour injection USP</i>	Hikma	25	14,01	350,25 ➡ 14,0100

CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE) 

Co. ou Caps.

00768723	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	100	250 mg	PPB
			1000	8,66	➡ 0,0866
02470578	<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	100	86,60	➡ 0,0866
			500	8,66	➡ 0,0866
02521253	<i>Cephalexin</i>	Sanis	100	43,30	➡ 0,0866
02494698	<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	100	8,66	➡ 0,0866
02471140	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100	8,66	➡ 0,0866
00583413	<i>Teva-Cephalexin</i>	Teva Can	100	8,66	➡ 0,0866
			1000	86,60	➡ 0,0866

Co. ou Caps.

00768715	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	100	500 mg	PPB
			500	17,31	➡ 0,1731
02470586	<i>Auro-Cephalexin</i>	AuroPharma	100	86,55	➡ 0,1731
			500	17,31	➡ 0,1731
02521261	<i>Cephalexin</i>	Sanis	100	86,55	➡ 0,1731
			500	17,31	➡ 0,1731
02495651	<i>Cephalexin</i>	Sivem	100	86,55	➡ 0,1731
			500	17,31	➡ 0,1731
00828866	<i>Cephalexin-500</i>	Pro Doc	500	86,55	R
02494701	<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
02471159	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731
00583421	<i>Teva-Cephalexin</i>	Teva Can	100	17,31	➡ 0,1731
			500	86,55	➡ 0,1731

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Susp. Orale

125 mg/5 mL PPB					
02497743	Auro-Cephalexin	AuroPharma	100 ml	14,62	0,1462
			150 ml	21,93	0,1462
02528436	Jamp Cephalexin Suspension	Jamp	150 ml	21,93	0,1462
02469170	Lupin-Cephalexin	Lupin	100 ml	14,62	0,1462
			150 ml	21,93	0,1462
00342106	Teva-Lexin 125	Teva Can	100 ml	14,62	0,1462
			150 ml	21,93	0,1462

Susp. Orale

250 mg/5 mL PPB					
02497751	Auro-Cephalexin	AuroPharma	100 ml	25,73	0,2573
			150 ml	38,60	0,2573
02528444	Jamp Cephalexin Suspension	Jamp	100 ml	25,73	0,2573
			150 ml	38,60	0,2573
02469189	Lupin-Cephalexin	Lupin	100 ml	25,73	0,2573
			150 ml	38,60	0,2573
00342092	Teva-Lexin 250	Teva Can	100 ml	25,73	0,2573
			150 ml	38,60	0,2573

8:12.07

**BÊTA-LACTAMINES DIVERSES
CÉFOXITINE SODIQUE**

Pd. Inj.

1 g					
02128187	Cefoxitine	Teva Can	1	10,60	

Pd. Inj.

2 g					
02128195	Cefoxitine	Teva Can	1	21,25	

ERTAPÉNEM SODIQUE

Pd. Inj.

1 g PPB					
02492148	Ertapénem pour injection	AuroPharma	10	464,39	46,4390
02511150	Ertapénem pour injection	Dr Reddy's	10	464,39	46,4390
02496127	Ertapénem pour injection	Fresenius	10	464,39	46,4390
02490773	Ertapénem pour injection	Juno	10	464,39	46,4390
02247437	Invanz	Merck	10	464,39	46,4390

IMIPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE

Pd. Inj. I.V.

500 mg -500 mg					
02351706	Taro-Imipenem-Cilastatin	Sun Pharma	30	658,20	21,9400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MEROPENEM 

Pd. Inj.

				1 g	PPB
02378795	<i>Meropenem</i>	Sandoz	10	184,45	► 18,4450
02462893	<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	10	184,45	► 18,4450
02493349	<i>Meropenem pour Injection</i>	Sterimax	10	184,45	► 18,4450
02536374	<i>Méropénem pour injection</i>	Jamp	1	18,45	
02415224	<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	1	18,45	
02421526	<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	10	184,45	► 18,4450

Pd. Inj.

				500 mg	PPB
02378787	<i>Meropenem</i>	Sandoz	10	92,22	► 9,2223
02462885	<i>Meropenem pour Injection</i>	AuroPharma	10	92,22	► 9,2223
02493330	<i>Méropénem pour injection</i>	Sterimax	10	92,22	► 9,2223
02415216	<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	1	9,22	
02421518	<i>Taro-Meropenem</i>	Sun Pharma	10	92,22	► 9,2223

8:12.12

MACROLIDES

AZITHROMYCINE 

Co.

				250 mg	PPB
02480700	<i>AG-Azithromycin</i>	Angita	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02415542	<i>Apo-Azithromycin Z</i>	Apotex	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02330881	<i>Azithromycin</i>	Sanis	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02442434	<i>Azithromycin</i>	Sivem	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02545969	<i>DAC Azithromycin</i>	Dac Pharma	6	5,65	► 0,9410
02452308	<i>Jamp-Azithromycin</i>	Jamp	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02452324	<i>Mar-Azithromycin</i>	Marcan	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02502038	<i>M-Azithromycin</i>	Mantra Ph.	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02267845	<i>Novo-Azithromycin</i>	Novopharm	6	5,65	► 0,9410
			30	28,23	► 0,9410
02479680	<i>NRA-Azithromycin</i>	Nora	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02261634	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02310600	<i>Pro-Azithromycine</i>	Pro Doc	6	5,65	► 0,9410
02275309	<i>Riva-Azithromycin</i>	Riva	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
02265826	<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	6	5,65	► 0,9410
			100	94,10	► 0,9410
* 02212021	<i>Zithromax</i>	Pfizer	6	29,28	R
			30	146,41	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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	R
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	R
Susp. Orale			200 mg/5 mL	PPB	
02482371	Auro-Azithromycin	AuroPharma	15 ml	7,92	0,5280
			22,5 ml	11,88	0,5280
			37,5 ml	19,80	0,5280
02332396	Sandoz Azithromycin	Sandoz	15 ml	12,49	0,8327
			22,5 ml	18,74	0,8329
			37,5 ml	31,24	0,8330
* 02223724	Zithromax	Pfizer	15 ml	22,92	R
			22,5 ml	34,37	R
CLARITHROMYCINE 					
Co.			500 mg	PPB	
02274752	Apo-Clarithromycin	Apotex	100	83,18	0,8318
02126710	Biaxin Bid	BGP Pharma	100	326,62	3,2662
02324490	Clarithromycin	Pro Doc	100	83,18	0,8318
02466139	Clarithromycin	Sanis	100	83,18	0,8318
02442485	Clarithromycin	Sivem	100	83,18	0,8318
02471396	M-Clarithromycin	Mantra Ph.	100	83,18	0,8318
02266547	Sandoz Clarithromycin	Sandoz	100	83,18	0,8318
02361434	Taro-Clarithromycin	Sun Pharma	100	83,18	0,8318
			500	415,90	0,8318
Co. ou Co. L.A.			250 mg / 500 mg L.A.	PPB	
02403196	ACT Clarithromycin XL	Teva Can	60	49,46	0,8243
02274744	Apo-Clarithromycin	Apotex	100	41,22	0,4122
02413345	Apo-Clarithromycin XL	Apotex	100	82,43	0,8243
01984853	Biaxin Bid	BGP Pharma	100	161,27	1,6127
02324482	Clarithromycin	Pro Doc	100	41,22	0,4122
02466120	Clarithromycin	Sanis	100	41,22	0,4122
02442469	Clarithromycin	Sivem	100	41,22	0,4122
02471388	M-Clarithromycin	Mantra Ph.	100	41,22	0,4122
02266539	Sandoz Clarithromycin	Sandoz	100	41,22	0,4122
02361426	Taro-Clarithromycin	Sun Pharma	100	41,22	0,4122
			500	206,08	0,4122

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale					
02146908	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	125 mg/5 mL	PPB	
			55 ml	15,77	0,2867
			105 ml	30,09	0,2866
02390442	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	55 ml	13,13	0,2388
			105 ml	25,07	0,2388
Susp. Orale					
02244641	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	250 mg/5 mL	PPB	
02390450	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	105 ml	57,89	0,5513
			105 ml	49,19	0,4685
8:12.16					
PÉNICILLINES					
AMOXICILLINE 					
Caps.					
			250 mg	PPB	
02525348	<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	100	6,72	0,0672
00628115	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100	6,72	0,0672
			1000	67,20	0,0672
02388073	<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	100	6,72	0,0672
			500	33,60	0,0672
02433060	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100	6,72	0,0672
			1000	67,20	0,0672
00406724	<i>Novamoxin</i>	Teva Can	100	6,72	0,0672
			1000	67,20	0,0672
02532042	<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	100	6,72	0,0672
Caps.					
			500 mg	PPB	
02477726	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02401509	<i>Amoxicillin</i>	Sivern	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02525356	<i>Amoxicillin Capsules</i>	Sanis	500	65,40	0,1308
00628123	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02388081	<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
02433079	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
00406716	<i>Novamoxin</i>	Teva Can	100	13,08	0,1308
			500	65,40	0,1308
00644315	<i>Pro-Amox-500</i>	Pro Doc	500	65,40	0,1308
02532050	<i>PRZ-Amoxicillin</i>	Pharmaris	500	65,40	0,1308
Co. Croq.					
			250 mg		
02036355	<i>Teva-Amoxicillin</i>	Teva Can	100	61,38	0,6138

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale					
				125 mg/5 mL PPB	
00628131	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100 ml	2,47 ➡	0,0247
			150 ml	3,71 ➡	0,0247
02458586	<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	100 ml	3,52 ➡	0,0352
			150 ml	5,28 ➡	0,0352
02535793	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100 ml	2,47 ➡	0,0247
			150 ml	3,71 ➡	0,0247
Susp. Orale					
				250 mg/5 mL PPB	
02537451	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
02352753	<i>Amoxicillin</i>	Sanis	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
02352788	<i>Amoxicillin</i>	Sanis	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
02401541	<i>Amoxicillin</i>	Sivem	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
00628158	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
02458594	<i>Auro-Amoxicillin</i>	AuroPharma	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
02535815	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
01934163	<i>Novamoxin</i>	Teva Can	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
00452130	<i>Novamoxin 250</i>	Teva Can	75 ml	4,05 ➡	0,0540
			100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
00644331	<i>Pro-Amox-250</i>	Pro Doc	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
02495864	<i>Sandoz Amoxicillin</i>	Sandoz	100 ml	5,40 ➡	0,0540
			150 ml	8,10 ➡	0,0540
AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM					
Co.				250 mg -125 mg PPB	
02243350	<i>Apo-Amoxi Clav</i>	Apotex	100	24,67 ➡	0,2467
02471671	<i>Auro-Amoxiclav</i>	AuroPharma	100	24,67 ➡	0,2467
02508249	<i>Jamp Amoxi Clav</i>	Jamp	100	24,67 ➡	0,2467
Co.				500 mg -125 mg PPB	
02510634	<i>AG-Amoxi Clav</i>	Angita	100	37,78 ➡	0,3778
02536021	<i>Amoxicillin/Clav</i>	Sanis	100	37,78 ➡	0,3778
02243351	<i>Apo-Amoxi Clav</i>	Apotex	100	37,78 ➡	0,3778
02471698	<i>Auro-Amoxiclav</i>	AuroPharma	100	37,78 ➡	0,3778
02508257	<i>Jamp Amoxi Clav</i>	Jamp	100	37,78 ➡	0,3778
02536498	<i>Pro-Amoxi Clav</i>	Pro Doc	100	37,78 ➡	0,3778
02482576	<i>Sandoz Amoxi-Clav</i>	Sandoz	100	37,78 ➡	0,3778

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02510642	AG-Amoxi Clav	Angita	100	55,50	0,5550
02536048	Amoxicillin/Clav	Sanis	100	55,50	0,5550
02245623	Apo-Amoxi Clav	Apotex	100	55,50	0,5550
02471701	Auro-Amoxiclav	AuroPharma	100	55,50	0,5550
02508265	Jamp Amoxi Clav	Jamp	100	55,50	0,5550
02536501	Pro-Amoxi Clav	Pro Doc	100	55,50	0,5550
02482584	Sandoz Amoxi-Clav	Sandoz	100	55,50	0,5550
875 mg -125 mg PPB					
Susp. Orale					
01916882	Clavulin-125 F	GSK	100 ml	9,50	0,0950
125 mg -31,25 mg/5 mL					
Susp. Orale					
02238831	Clavulin-200	GSK	70 ml	9,39	0,1341
02539411	JAMP Amoxi Clav Suspension	Jamp	70 ml	7,05	0,1007
200 mg -28,5 mg/5 mL PPB					
Susp. Orale					
01916874	Clavulin-250 F	GSK	100 ml	18,72	0,1872
02539438	JAMP Amoxi Clav Suspension	Jamp	100 ml	12,16	0,1216
02542226	M-Amoxi Clav	Mantra Ph.	100 ml	12,16	0,1216
250 mg -62,5 mg/5 mL PPB					
Susp. Orale					
02238830	Clavulin-400	GSK	70 ml	17,95	0,2564
02539446	JAMP Amoxi Clav Suspension	Jamp	70 ml	11,14	0,1591
02530694	M-Amoxi Clav	Mantra Ph.	70 ml	11,14	0,1591
400 mg - 57 mg/5mL PPB					
AMPICILLINE 					
Caps.					
00020877	Teva-Ampicillin	Teva Can	100	30,71	0,3071
250 mg					
Caps.					
00020885	Teva-Ampicillin	Teva Can	100	59,55	0,5955
500 mg					
AMPICILLINE SODIQUE 					
Pd. Inj.					
02227002	Ampicilline pour injection	Fresenius	1	3,60	
01933345	Ampicilline Sodique	Novopharm	1	3,60	
02462338	Ampicilline sodique pour injection	AuroPharma	10	36,00	3,6000
1 g PPB					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.					
02226995	<i>Ampicillin pour Injection</i>	Fresenius	1	2 g PPB 7,20	
01933353	<i>Ampicilline Sodique</i>	Teva Can	1	7,20	
02462346	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	AuroPharma	10	72,00	7,2000
Pd. Inj.					
02227029	<i>Ampicilline pour injection</i>	Fresenius	1	250 mg PPB 2,05	
00872644	<i>Ampicilline Sodique</i>	Novopharm	1	2,05	
02462303	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	AuroPharma	10	20,50	2,0500
Pd. Inj.					
02227010	<i>Ampicilline pour injection</i>	Fresenius	1	500 mg PPB 2,15	
00872652	<i>Ampicilline Sodique</i>	Novopharm	1	2,15	
02462311	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	AuroPharma	10	21,50	2,1500
CLOXACILLINE SODIQUE					
Caps.					
02510731	<i>JAMP Cloxacillin</i>	Jamp	100	250 mg PPB 21,41	0,2141
00337765	<i>Teva-Cloxacillin</i>	Teva Can	100	21,41	0,2141
Caps.					
02510758	<i>JAMP Cloxacillin</i>	Jamp	100	500 mg PPB 40,45	0,4045
00337773	<i>Teva-Cloxacillin</i>	Teva Can	100	40,45	0,4045
Pd. Inj.					
02367424	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	10	2 g 318,80	31,8800
Pd. Inj.					
02400081	<i>Cloxacilline pour injection</i>	Sterimax	1	10 g 36,55	
Pd. Inj.					
02367408	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	10	500 mg 68,77	6,8770
Susp. Orale					
00337757	<i>Teva-Cloxacillin Solution</i>	Teva Can	100 ml	125 mg/5 mL 6,06	0,0606
PÉNICILLINE G (BENZATHINE)					
Susp. Inj. I.M.					
02291924	<i>Bicillin L-A</i>	Pfizer	10	1 200 000 UI / 2 mL 406,96	40,6960

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PÉNICILLINE G SODIQUE 

Pd. Inj.

01930672	Pénicilline G	Novopharm	1	1 000 000 U 2,40	R
----------	---------------	-----------	---	---------------------	---

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	100 1000	250 mg à 300 mg 18,73 187,30	0,1873 0,1873
----------	--------	-----------	-------------	------------------------------------	------------------

PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE 

Pd. Perf. I.V.

02362619	Pipéracilline et Tazobactam	Sterimax	10	2 g -0,25 g PPB 41,70	4,1700
02308444	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Apotex	1	4,17	R
02402068	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	AuroPharma	10	41,70	4,1700
02528673	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	EUGIA Ph	10	41,70	4,1700
02299623	Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique	Sandoz	1	4,17	
02370158	Piperacilline/Tazobactam	Teva Can	10	41,70	4,1700

Pd. Perf. I.V.

02362627	Pipéracilline et Tazobactam	Sterimax	10	3 g -0,375 g PPB 62,59	6,2590
02308452	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Apotex	1	6,26	R
02402076	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	AuroPharma	10	62,59	6,2590
02528703	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	EUGIA Ph	10	62,59	6,2590
02299631	Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique	Sandoz	1	6,26	
02370166	Piperacilline/Tazobactam	Teva Can	10	62,59	6,2590

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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	R
02402084	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	AuroPharma	10	83,46	8,3458
02528711	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	EUGIA Ph	10	83,46	8,3458
02299658	Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique	Sandoz	1	8,35	
02370174	Piperacilline/Tazobactam	Teva Can	10	83,46	8,3458

Pd. Perf. I.V.

12 g - 1,5 g PPB					
02377748	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Sterimax	1	36,33	
02330547	Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique	Sandoz	1	36,33	

Pd. Perf. I.V.

36 g - 4,5 g PPB					
02521539	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Sandoz	1	108,99	
02439131	Pipéracilline et Tazobactam pour injection	Sterimax	1	108,99	

8:12.18

QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

250 mg PPB					
02247339	ACT Ciprofloxacin	Teva Can	100	44,54	0,4454
02381907	Auro-Ciprofloxacin	AuroPharma	100	44,54	0,4454
			500	222,70	0,4454
02353318	Ciprofloxacin	Sanis	100	44,54	0,4454
02386119	Ciprofloxacin	Sivem	100	44,54	0,4454
02380358	Jamp-Ciprofloxacin	Jamp	100	44,54	0,4454
02379686	Mar-Ciprofloxacin	Marcan	100	44,54	0,4454
* 02317427	Mint-Ciprofloxacin	Mint	100	44,54	R
02248437	pms-Ciprofloxacin	Phmscience	100	44,54	0,4454
02317796	Pro-Ciprofloxacin	Pro Doc	100	44,54	0,4454
02248756	Sandoz Ciprofloxacin	Sandoz	100	44,54	0,4454
02303728	Taro-Ciproflox	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
02547147	<i>DAC Ciprofloxacin</i>	Dac Pharma	100	50,25	► 0,5025
02380366	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	100	50,25	► 0,5025
			500	251,25	► 0,5025
02379694	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	100	50,25	► 0,5025
02423561	<i>Mint-Ciproflox</i>	Mint	100	50,25	► 0,5025
*	<i>02317435 Mint-Ciprofloxacine</i>	Mint	100	50,25	R
02492008	<i>NRA-Ciprofloxacin</i>	Nora	100	50,25	► 0,5025
02248438	<i>pms-Ciprofloxacin</i>	Phmscience	100	50,25	► 0,5025
			500	251,25	► 0,5025
02317818	<i>Pro-Ciprofloxacin</i>	Pro Doc	100	50,25	► 0,5025
			500	251,25	► 0,5025
02251248	<i>Riva-Ciprofloxacin</i>	Riva	100	50,25	► 0,5025
			500	251,25	► 0,5025
02248757	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	100	50,25	► 0,5025
02303736	<i>Taro-Ciproflox</i>	Sun Pharma	100	50,25	► 0,5025

Co.

			750 mg	PPB	
02247341	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	Teva Can	50	46,01	► 0,9201
02380374	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	50	46,01	► 0,9201
02379708	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	50	46,01	► 0,9201
*	<i>02423588 Mint-Ciproflox</i>	Mint	50	46,01	R
*	<i>02317443 Mint-Ciprofloxacine</i>	Mint	100	92,01	R
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
8:12.20					
SULFAMIDES					
SULFASALAZINE 					
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
TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOXAZOLE 					
Co.				20 mg -100 mg	
00445266	Sulfatrim-PED	AA Pharma	100	9,43	0,0943
Co.				80 mg -400 mg	
00445274	Sulfatrim	AA Pharma	100	21,84	0,2184
Co.				160 mg -800 mg	PPB
00510645	Novo-Trimel D.S.	Novopharm	100	12,21	R
00445282	Sulfatrim-DS	AA Pharma	500	61,05	R
			500	61,05	0,1221 ➔
Susp. Orale				40 mg -200 mg/5 mL	
00726540	Teva-Sulfamethoxazole	Teva Can	100 ml 400 ml	9,68 38,72	R R
8:12.24					
TÉTRACYCLINES					
DOXYCYCLINE (HYCLATE DE) 					
Caps. ou Co.				100 mg	PPB
00740713	Apo-Doxy	Apotex	100 250	45,60 114,00	➔ 0,4560 ➔ 0,4560
00874256	Apo-Doxy-Tabs	Apotex	100	45,60	➔ 0,4560
00860751	Doxycin (co.)	Riva	100 300	45,60 136,80	➔ 0,4560 ➔ 0,4560
02351234	Doxycycline (Caps.)	Sanis	100 200	45,60 91,20	➔ 0,4560 ➔ 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	100 200	45,60 91,20	➔ 0,4560 ➔ 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 1000	250 mg 6,70 67,00	0,0670 0,0670
----------	--------------	-----------	-------------	-------------------------	------------------

8:12.28

ANTIBACTÉRIENS, DIVERS

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
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
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 4 ml 6 ml	150 mg/mL 6,50 13,00 18,50	PPB
00260436	Dalacin C	Pfizer	2 ml 4 ml 6 ml	6,88 13,76 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	PPB
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.

02407744	Jamp-Vancomycin	Jamp	20	125 mg 103,60	PPB
02406497	pms-Vancomycin	Phmscience	20	103,60	5,1800
00800430	Vancocin	Search Phm	20	103,60	5,1800

Caps.

02407752	Jamp-Vancomycin	Jamp	20	250 mg 207,20	PPB
02406500	pms-Vancomycin	Phmscience	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	PPB
02543982	Chlorhydrate de vancomycine pour injection	Hikma	10	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	18,7810
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	PPB
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
02543974	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Hikma	10	98,67	9,8669
02502593	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Jamp	10	98,67	9,8669
02406535	<i>Chlorhydrate de vancomycine pour injection</i>	Marcan	10	98,67	9,8669
02394626	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP</i>	Sandoz	10	98,67	9,8669
02342855	<i>Vancomycin pour injection USP</i>	Sterimax	10	98,67	9,8669

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	R
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	R
			100	77,14	R
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	
02547864	<i>JAMP Fluconazole 150</i>	Jamp	1	3,64	
02432471	<i>Jamp-Fluconazole</i>	Jamp	1	3,64	
02428792	<i>Mar-Fluconazole-150</i>	Marcan	1	3,64	
02553406	<i>M-Fluconazole-150</i>	Mantra Ph.	1	3,64	
02433702	<i>NRA-Fluconazole</i>	Nora	1	3,64	
02255510	<i>Riva-Fluconazole</i>	Riva	1	3,64	

FLUCONAZOLE

Co.

50 mg PPB					
02281260	<i>ACT Fluconazole</i>	Teva Can	50	64,52	► 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	Teva Can	100 ml	5,18	0,0518
			24 ml	25,90	0,0518
			100 ml	1,24	0,0518
			1000 ml	5,18	0,0518
				51,80	0,0518

8:16.04

ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D') 

Co.

00247960	Etibi	Bausch H.	100	100 mg	11,00	0,1100
----------	-------	-----------	-----	--------	-------	--------

Co.

00247979	Etibi	Bausch H.	100	400 mg	30,00	0,3000
----------	-------	-----------	-----	--------	-------	--------

ISONIAZIDE 

Co.

00577790	pdp-Isoniazid	Pendopharm	100	100 mg	103,72	1,0372
----------	---------------	------------	-----	--------	--------	--------

Co.

005777804	pdp-Isoniazid	Pendopharm	100	300 mg	90,76	0,9076
-----------	---------------	------------	-----	--------	-------	--------

Sir.

00577812	pdp-Isoniazid	Pendopharm	500 ml	50 mg/5 mL	144,59	0,2892
----------	---------------	------------	--------	------------	--------	--------

PYRAZINAMIDE 

Co.

00618810	PDP-Pyrazinamide	Pendopharm	100	500 mg	156,95	1,5695
----------	------------------	------------	-----	--------	--------	--------

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

ANTIMYCOBACTÉRIENS, DIVERS

DAPSONE 

Co.

02481227	<i>Mar-Dapsone</i>	Marcan	100	100 mg 119,52	1,1952
----------	--------------------	--------	-----	------------------	--------

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 PPB 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 PPB 208,97	3,4828
02480956	<i>Mint-Abacavir</i>	Mint	60	208,97	3,4828

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

02547465	Apretude	ViiV	30	795,47	26,5157
02497204	Vocabria	ViiV	30	795,47	26,5157

Trousse

200 mg /mL (3 mL)

02547473	Apretude	ViiV	1	1710,00	
----------	----------	------	---	---------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CABOTÉGRAVIR/RILPIVIRINE (EMBALLAGE COMBINÉ) 

Trousse

02497220	<i>Cabenuva</i>	ViiV	2 ml	200 mg/mL - 300 mg/mL	1209,37
02497247	<i>Cabenuva</i>	ViiV	3 ml		2418,75

DARUNAVIR 

Co.

02487268	<i>Apo-Darunavir</i>	Apotex	30	800 mg PPB	5,8295
02486148	<i>Auro-Darunavir</i>	AuroPharma	30	174,89	5,8295
02521350	<i>Darunavir</i>	Jamp	30	174,89	5,8295
02522292	<i>M-Darunavir</i>	Mantra Ph.	30	174,89	5,8295

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE 

Co.

02414945	<i>Tivicay</i>	ViiV	30	50 mg	18,5000
----------	----------------	------	----	-------	---------

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE 

Co.

02430932	<i>Triumeq</i>	ViiV	30	50 mg - 600 mg - 300 mg	40,5663
----------	----------------	------	----	-------------------------	---------

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/LAMIVUDINE 

Co.

02491753	<i>Dovato</i>	ViiV	30	50 mg-300 mg	30,4400
----------	---------------	------	----	--------------	---------

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02475774	<i>Juluca</i>	ViiV	30	50 mg -25 mg	34,8700
----------	---------------	------	----	--------------	---------

DORAVIRINE 

Co.

02481545	<i>Pifeltro</i>	Merck	30	100 mg	16,6500
----------	-----------------	-------	----	--------	---------

DORAVIRINE/LAMIVUDINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 

Co.

02482592	<i>Delstrigo</i>	Merck	30	100 mg -300 mg -300 mg	28,7900
----------	------------------	-------	----	------------------------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉFAVIRENZ 

Co.

				600 mg	PPB
02418428	Auro-Efavirenz	AuroPharma	30	114,09	3,8030
			500	1901,50	3,8030
02458233	Jamp-Efavirenz	Jamp	30	114,09	3,8030
02381524	Mylan-Efavirenz	Mylan	30	114,09	3,8030
02246045	Sustiva	B.M.S.	30	424,92	R
02389762	Teva-Efavirenz	Teva Can	30	114,09	3,8030

ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 

Co.

			600 mg - 200 mg - 300 mg	PPB
02468247	Apo-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir	Apotex	30	339,90
02478404	Auro-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir	AuroPharma	30	339,90
02519461	Jamp Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	Jamp	30	339,90
02461412	Mylan-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate	Mylan	30	339,90
02487284	pms-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir	Phmscience	30	339,90
02393549	Teva-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir	Teva Can	30	339,90

ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 

Co.

			150 mg -150 mg -200 mg -10 mg	
02449498	Genvoya	Gilead	30	1314,01

ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 

Co.

			150 mg -150 mg -200 mg -300 mg	
02397137	Stribild	Gilead	30	1320,00

EMTRICITABINE/ RILPIVIRINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 

Co.

			200 mg - 25 mg - 300 mg	
02374129	Complera	Gilead	30	1176,68

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	AuroPharma	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
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

LAMIVUDINE □

Co.

			100 mg	PPB	
02393239	Apo-Lamivudine HBV	Apotex	100	261,54	2,6154
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

Sol. Orale

			10 mg/mL		
02192691	3TC	ViiV	240 ml	72,93	0,3039

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE

Co.

02375540	Apo-Lamivudine-Zidovudine	Apotex	150 mg -300mg	PPB	
02414414	Auro-Lamivudine/ Zidovudine	AuroPharma	100	261,03	► 2,6103
			60	156,62	► 2,6103
02502801	Jamp Lamivudine/ Zidovudine	Jamp	500	1305,15	► 2,6103
			60	156,62	► 2,6103

LOPINAVIR/ RITONAVIR

Co.

02312301	Kaletra	AbbVie	100 mg -25 mg		
			60	157,34	2,6223

Co.

02285533	Kaletra	AbbVie	200 mg -50 mg		
			120	644,19	5,3683

Sol. Orale

02243644	Kaletra	AbbVie	80 mg - 20 mg/mL		
			160 ml	345,28	2,1580

NÉVIRAPINE

Co.

02318601	Auro-Nevirapine	AuroPharma	200 mg	PPB	
02405776	Jamp-Névirapine	Jamp	60	74,08	► 1,2346
02387727	Mylan-Nevirapine	Mylan	60	74,08	► 1,2346

RALTÉGRAVIR

Co.

02301881	Isentress	Merck	400 mg		
			60	690,00	11,5000

Co.

02465337	Isentress HD	Merck	600 mg		
			60	690,00	11,5000

RILPIVIRINE

Co.

02370603	Edurant	Janss. Inc	25 mg		
			30	413,91	13,7970

RITONAVIR

Co.

02523620	Auro-Ritonavir	AuroPharma	100 mg	PPB	
02357593	Norvir	AbbVie	30	35,24	► 1,1745
			30	43,68	1,4560

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 

Co.

			300 mg	PPB	
02516276	<i>AG-Tenofovir</i>	Angita	30	146,65	► 4,8883
02451980	<i>Apo-Tenofovir</i>	Apotex	30	146,65	► 4,8883
02460173	<i>Auro-Tenofovir</i>	AuroPharma	30	146,65	► 4,8883
02479087	<i>Jamp-Tenofovir</i>	Jamp	30	146,65	► 4,8883
02512939	<i>Mint-Tenofovir</i>	Mint	30	146,65	► 4,8883
02452634	<i>Mylan-Tenofovir Disoproxil</i>	Mylan	30	146,65	► 4,8883
02472511	<i>NAT-Tenofovir</i>	Natco	30	146,65	► 4,8883
			500	2444,17	► 4,8883
02453940	<i>pms-Tenofovir</i>	Phmscience	30	146,65	► 4,8883
02515156	<i>Riva-Tenofovir</i>	Riva	30	146,65	► 4,8883
02512327	<i>Tenofovir</i>	Sanis	30	146,65	► 4,8883
02523922	<i>Tenofovir</i>	Sivem	30	146,65	► 4,8883
02403889	<i>Teva-Tenofovir</i>	Teva Can	30	146,65	► 4,8883
02247128	<i>Viread</i>	Gilead	30	518,67	17,2890

ZIDOVUDINE 

Caps.

			100 mg		
01946323	<i>Apo-Zidovudine</i>	Apotex	100	139,77	1,3977

Sir.

			10 mg/mL		
01902652	<i>Retrovir</i>	ViiV	240 ml	44,94	0,1873

Sol. Inj.

			10 mg/mL		
01902644	<i>Retrovir</i>	ViiV	20 ml	16,70	

8:18.28

INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D') 

Caps.

			30 mg	PPB	
02497409	<i>Jamp Oseltamivir</i>	Jamp	10	5,24	► 0,5243
02497441	<i>Mint-Oseltamivir</i>	Mint	10	5,24	► 0,5243
02472635	<i>NAT-Oseltamivir</i>	Natco	10	5,24	► 0,5243
02504006	<i>Oseltamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	10	5,24	► 0,5243
02304848	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	19,50	1,9500

Caps.

			45 mg	PPB	
02472643	<i>NAT-Oseltamivir</i>	Natco	10	16,14	► 1,6135
02504014	<i>Oseltamivir Phosphate Capsules</i>	Sandoz	10	16,14	► 1,6135
02304856	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	30,00	3,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
02497425	Jamp Oseltamivir	Jamp	10	75 mg PPB 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	Sandoz	10	10,39	1,0393
02241472	Tamiflu	Roche	10	39,00	3,9000
Susp. Orale					
02499894	NAT-Oseltamivir	Natco	65 ml	6 mg/mL PPB 18,27	0,2811
02381842	Tamiflu	Roche	65 ml	19,50	0,3000
ZANAMIVIR					
Pd. pour Inh. (App.)					
02240863	Relenza	GSK	5	5 mg/coque (4) 36,54	
8:18.32					
NUCLÉOSIDES ET NUCLÉOTIDES					
ACYCLOVIR					
Co.					
02207621	Apo-Acyclovir	Apotex	100	200 mg PPB 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
Co.					
02207648	Apo-Acyclovir	Apotex	100	400 mg PPB 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	800 mg PPB 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
ACYCLOVIR SODIQUE					
Sol. Perf. I.V.					
50 mg/mL (10 mL) PPB					
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Perf. I.V.				50 mg/mL (20 mL) PPB	
99106493	<i>Acyclovir Sodique</i>	Fresenius	10	1715,70	► 171,5700
99106293	<i>Acyclovir sodique injectable</i>	Sterimax	10	1715,70	► 171,5700
99113861	<i>Acyclovir Sodium Injection</i>	AuroPharma	10	1715,70	► 171,5700

ENTÉCAVIR

Co.

02396955	<i>Apo-Entecavir</i>	Apotex	30	165,00	► 5,5000
02448777	<i>Auro-Entecavir</i>	AuroPharma	30	165,00	► 5,5000
			100	550,00	► 5,5000
02282224	<i>Baraclude</i>	B.M.S.	30	660,00	22,0000
02527154	<i>Entecavir</i>	Sanis	30	165,00	► 5,5000
02467232	<i>Jamp-Entecavir</i>	Jamp	30	165,00	► 5,5000
02485907	<i>Mint-Entecavir</i>	Mint	30	165,00	► 5,5000
02430576	<i>pms-Entecavir</i>	Phmscience	30	165,00	► 5,5000

FAMCICLOVIR

Co.

02292025	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	79,82	► 2,6605
02229110	<i>Famvir</i>	Atnahs	10	27,15	2,7150

Co.

02292041	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	108,27	► 3,6090
02229129	<i>Famvir</i>	Atnahs	30	112,10	3,7367

Co.

02292068	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	127,77	► 4,2591
02177102	<i>Famvir</i>	Atnahs	21	139,38	6,6371

GANCICLOVIR SODIQUE

Pd. Perf. I.V.

02162695	<i>Cytovene</i>	Cheplaphar	5	210,19	► 42,0380
02537168	<i>Ganciclovir pour injection</i>	Forma Ph	25	1050,95	► 42,0380
02404761	<i>Ganciclovir pour injection</i>	Fresenius	25	1050,95	► 42,0380
02475391	<i>Ganciclovir pour injection</i>	Sterimax	25	1050,95	► 42,0380

REMDÉSIVIR 33

Pd. Perf. I.V.

02502143	<i>Veklury</i>	Gilead	1	100 mg 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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 

Co.

02464241	Vemlidy	Gilead	30	25 mg 518,67	17,2890
----------	---------	--------	----	-----------------	---------

VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

			500 mg	PPB	
02500582	AG-Valacyclovir	Angita	8	4,96 ➡	0,6198
			100	61,98 ➡	0,6198
02295822	Apo-Valacyclovir	Apotex	8	4,96 ➡	0,6198
			100	61,98 ➡	0,6198
02405040	Auro-Valacyclovir	AuroPharma	30	18,59 ➡	0,6198
			100	61,98 ➡	0,6198
02440598	Jamp Valacyclovir	Jamp	100	61,98 ➡	0,6198
02441454	Jamp-Valacyclovir	Jamp	100	61,98 ➡	0,6198
02351579	Mylan-Valacyclovir	Mylan	100	61,98 ➡	0,6198
02558130	NB-Valacyclovir	NB Pharma	100	61,98 ➡	0,6198
02298457	pms-Valacyclovir	Phmscience	100	61,98 ➡	0,6198
			500	309,90 ➡	0,6198
02315173	Pro-Valacyclovir	Pro Doc	100	61,98 ➡	0,6198
			500	309,90 ➡	0,6198
02316447	Riva-Valacyclovir	Riva	100	61,98 ➡	0,6198
02347091	Sandoz Valacyclovir	Sandoz	90	55,78 ➡	0,6198
02357534	Teva-Valacyclovir	Teva Can	42	26,03 ➡	0,6198
			100	61,98 ➡	0,6198
02454645	Valacyclovir	Sanis	100	61,98 ➡	0,6198
02442000	Valacyclovir	Sivem	100	61,98 ➡	0,6198
02219492	Valtrex	GSK	30	93,56 ➡	3,1187

VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

			450 mg	PPB	
02435179	Auro-Valganciclovir	AuroPharma	60	348,19 ➡	5,8031
			100	580,31 ➡	5,8031
02495457	Mint-Valganciclovir	Mint	60	348,19 ➡	5,8031
02413825	Teva-Valganciclovir	Teva Can	60	348,19 ➡	5,8031
02245777	Valcyte	Cheplaphar	60	1371,49 ➡	22,8582

Susp. Orale

			50 mg/mL	PPB	
02535483	Auro-Valganciclovir	AuroPharma	100 ml	150,99 ➡	1,5099
02306085	Valcyte	Cheplaphar	100 ml	253,98 ➡	2,5398

8:18.92

ANTIVIRAUX, DIVERS

NIRMATRELVIR/RITONAVIR 32 

Co.

			150 mg - 100 mg		
02524031	Paxlovid	Pfizer	30	1288,88 ➡	42,9627
02527804	Paxlovid	Pfizer	20	580,00 ➡	29,0000

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

8:30.04

AMOEBCIDES

PAROMOMYCINE (SULFATE DE) 

Caps.

02078759	Humatin	Search Phm	100	250 mg 236,74	2,3674
----------	---------	------------	-----	------------------	--------

8:30.08

ANTIPALUDIQUES

ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02264935	Malarone pédiatrique	GSK	12	62,5 mg - 25 mg 17,77	1,4808
----------	----------------------	-----	----	--------------------------	--------

Co.

			250 mg - 100 mg	PPB	
02466783	Atovaquone et chlorhydrate de proguanil	Glenmark	12	27,98	► 2,3315
			100	233,15	► 2,3315
02421429	Atovaquone Proguanil	Sanis	12	27,98	► 2,3315
02238151	Malarone	GSK	12	51,81	4,3175
02402165	Mylan-Atovaquone/ Proguanil	Mylan	100	233,15	► 2,3315
02380927	Teva Atovaquone Proguanil	Teva Can	12	27,98	► 2,3315

HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D') 

Co.

			200 mg	PPB	
02246691	Apo-Hydroxyquine	Apotex	100	15,76	► 0,1576
02519348	Hydroxychloroquine	Sanis	500	78,80	► 0,1576
02491427	Jamp Hydroxychloroquine	Jamp	100	15,76	► 0,1576
02424991	Mint-Hydroxychloroquine	Mint	100	15,76	► 0,1576
			500	78,80	► 0,1576
02511886	NRA-Hydroxychloroquine	Nora	100	15,76	► 0,1576
02017709	Plaquenil	SanofiAven	100	56,62	0,5662

MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02244366	Mefloquine	AA Pharma	8	250 mg 29,56	3,6950
----------	------------	-----------	---	-----------------	--------

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE) 

Co.

02017776	Primaquine	SanofiAven	100	26,3 mg 36,44	0,3644
----------	------------	------------	-----	------------------	--------

QUININE (SULFATE DE)

Caps.

			200 mg	PPB	
02445190	Jamp-Quinine	Jamp	100	23,90	► 0,2390
			500	119,50	► 0,2390
02311216	Pro-Quinine-200	Pro Doc	100	23,90	► 0,2390
00021008	Teva-Quinine	Teva Can	100	23,90	► 0,2390

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

ANTIPROTOZOAIRES, DIVERS

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	5 mg/mL	R
---	----------	---------------	--------	--------	---------	---

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	0,1670
----------	----------------	-----------	-----	-------	-------	--------

Co.

00312738	Nitrofurantoin	AA Pharma	100	22,27	100 mg	0,2227
----------	----------------	-----------	-----	-------	--------	--------

NITROFURANTOÏNE (MACROCRISTAUX)

Caps.

02495503	JAMP Nitrofurantoin	Jamp	100	29,27	PPB
02231015	Teva-Nitrofurantoin	Teva Can	100	29,27	PPB

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

02495511	JAMP Nitrofurantoin	Jamp	100	100 mg PPB 54,99 ➡	0,5499
02231016	Teva-Nitrofurantoin	Teva Can	100	54,99 ➡	0,5499

NITROFURANTOINE (MONOHYDRATE DE) (MACROCRISTAUX) ▶

Caps.

02466392	Auro-Nitrofurantoin	Aurobindo	100	100 mg PPB 30,67 ➡	0,3067
02544954	JAMP Nitrofurantoin BID	Jamp	100	30,67 ➡	0,3067
02455676	pms-Nitrofurantoin	Phmscience	100	30,67 ➡	0,3067

TRIMÉTHOPRIME ▶

Co.

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

AFATINIB (DIMALÉATE D') ■

Co.

				20 mg	PPB
02415666	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000
02517019	<i>Mar-Afatinib</i>	Marcan	30	1162,18	38,7392
02512777	<i>Sandoz AFAtinib</i>	Sandoz	30	1162,18	38,7392

Co.

				30 mg	PPB
02415674	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000
02517027	<i>Mar-Afatinib</i>	Marcan	30	1162,18	38,7392
02512785	<i>Sandoz AFAtinib</i>	Sandoz	30	1162,18	38,7392

Co.

				40 mg	PPB
02415682	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000
02517035	<i>Mar-Afatinib</i>	Marcan	30	1162,18	38,7392
02512793	<i>Sandoz AFAtinib</i>	Sandoz	30	1162,18	38,7392

BICALUTAMIDE ■

Co.

				50 mg	PPB
02296063	<i>Apo-Bicalutamide</i>	Apotex	30	38,07	1,2690
02325985	<i>Bicalutamide</i>	Accord	30	38,07	1,2690
			100	126,90	1,2690
02519178	<i>Bicalutamide</i>	Sanis	30	38,07	1,2690
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
02238453	<i>Xeloda</i>	Cheplaphar	60	109,80	1,8300

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02426765	<i>ACH-Capecitabine</i>	Accord	120	183,00	500 mg PPB ► 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.

00004626	<i>Leukeran</i>	Aspen	25	33,30	2 mg 1,3320
----------	-----------------	-------	----	-------	----------------

CYCLOPHOSPHAMIDE 

Co.

02241795	<i>Procytox</i>	Baxter	200	70,89	25 mg R
----------	-----------------	--------	-----	-------	------------

Co.

02241796	<i>Procytox</i>	Baxter	100	47,73	50 mg 0,4773
----------	-----------------	--------	-----	-------	-----------------

ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D') 

Co.

02461870	<i>Apo-Erlotinib</i>	Apotex	30	396,00	100 mg PPB ► 13,2000
* 02483920	<i>NAT-Erlotinib</i>	Natco	30	396,00	► 13,2000
02454386	<i>pms-Erlotinib</i>	Phmscience	30	396,00	► 13,2000
02377705	<i>Teva-Erlotinib</i>	Teva Can	30	396,00	► 13,2000

Co.

02461889	<i>Apo-Erlotinib</i>	Apotex	30	594,00	150 mg PPB ► 19,8000
* 02483939	<i>NAT-Erlotinib</i>	Natco	30	594,00	► 19,8000
02454394	<i>pms-Erlotinib</i>	Phmscience	30	594,00	► 19,8000
02377713	<i>Teva-Erlotinib</i>	Teva Can	30	594,00	► 19,8000

ÉTOPOSIDE 

Caps.

00616192	<i>Vepesid</i>	Cheplaphar	20	656,42	50 mg 32,8210
----------	----------------	------------	----	--------	------------------

FLUDARABINE (PHOSPHATE DE) 

Co.

02246226	<i>Fludara</i>	SanofiAven	15	574,97	10 mg 38,3315
			20	766,63	38,3315

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
*	Nat-Gefitinib	Natco	30	1869,15	► 62,3050
02487748	Sandoz Gefitinib	Sandoz	30	1869,15	► 62,3050

HYDROXYURÉE

Caps.

				500 mg	PPB
02247937	Apo-Hydroxyurea	Apotex	100	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

LÉNALIDOMIDE

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
*	02507987	Taro-Lenalidomide	Taro	21	2005,50 ➡ 95,5000

Caps.

20 mg PPB					
*	02507978	Apo-Lenalidomide	Apotex	21	2115,75 ➡ 100,7500
*	02506173	Jamp Lenalidomide	Jamp	21	2115,75 ➡ 100,7500
*	02493896	NAT-Lenalidomide	Natco	21	2115,75 ➡ 100,7500
*	02483041	Reddy-Lenalidomide	Dr Reddy's	21	2115,75 ➡ 100,7500
*	02440601	Revlimid	Celgene	21	8463,00 403,0000
*	02518600	Sandoz Lenalidomide	Sandoz	21	2115,75 ➡ 100,7500
*	02507900	Taro-Lenalidomide	Taro	21	2115,75 ➡ 100,7500

Caps.

25 mg PPB					
*	02507986	Apo-Lenalidomide	Apotex	21	2226,00 ➡ 106,0000
*	02506181	Jamp Lenalidomide	Jamp	21	2226,00 ➡ 106,0000
*	02493918	NAT-Lenalidomide	Natco	21	2226,00 ➡ 106,0000
*	02483068	Reddy-Lenalidomide	Dr Reddy's	21	2226,00 ➡ 106,0000
*	02317710	Revlimid	Celgene	21	8904,00 424,0000
*	02518619	Sandoz Lenalidomide	Sandoz	21	2226,00 ➡ 106,0000
*	02507919	Taro-Lenalidomide	Taro	21	2226,00 ➡ 106,0000

MELPHALAN ▶

Co.

2 mg					
00004715	Alkeran	Aspen	50	74,18	1,4836

MERCAPTOPURINE ▶

Co.

50 mg PPB					
02415275	Mercaptopurine	Sterimax	25	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	PPB
*	02553740	<i>JAMP Methotrexate Tablets</i>	Jamp	100	139,94
	02182750	<i>Méthotrexate</i>	Pfizer	100	270,67
+	02561956	<i>pms-Methotrexate Tablets</i>	Phmscience	100	139,94

Sol. Inj.

				25 mg/mL	PPB
02419173	<i>Jamp-Methotrexate</i>	Jamp	2 ml	6,24	
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)					
+ 02491281	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	10 mg/0,2 mL	PPB	
* 02454831	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	► 14,82	
* 02539608	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	► 14,82	
Sol. Inj. S.C. (ser)					
+ 02491303	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	12,5 mg/0,25 mL	PPB	
* 02454750	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	► 15,60	
* 02539616	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	► 15,60	
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02491311	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	15 mg/0,3 mL	PPB	
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)					
02491338	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	17,5 mg/0,35 mL	PPB	
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)					
02491346	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	20 mg/0,4 mL	PPB	
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)					
02491354	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	22,5 mg/0,45 mL	PPB	
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)					
02491362	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	25 mg/0,5 mL	PPB	
02454874	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	► 19,50	
02539667	<i>pms-Methotrexate Injection</i>	Phmscience	1	► 19,50	
MITOTANE □					
Co.				500 mg	
00463221	Lysodren	Médunik	100	979,00	9,7900
NILUTAMIDE □					
Co.				50 mg	
02221861	Anandron	Cheplaphar	90	165,31	1,8368

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

00012750	Matulane	Sigma-Tau	100	50 mg	UE
----------	----------	-----------	-----	-------	----

TÉMOZOLOMIDE 

Caps.

02516799	Jamp Temozolomide	Jamp	5	5 mg PPB 9,75 ➡ 1,9500	
02443473	Taro-Temozolomide	Taro	5	9,75 ➡ 1,9500	
02241093	Temodal	Merck	5	19,50 ➡ 3,9000	
02441160	Teva-Temozolomide	Teva Can	5	9,75 ➡ 1,9500	
			20	39,00 ➡ 1,9500	

Caps.

02516802	Jamp Temozolomide	Jamp	5	20 mg PPB 39,00 ➡ 7,8000	
02443481	Taro-Temozolomide	Taro	5	39,00 ➡ 7,8000	
02241094	Temodal	Merck	5	78,00 ➡ 15,6000	
02395274	Teva-Temozolomide	Teva Can	5	39,00 ➡ 7,8000	
			20	156,00 ➡ 7,8000	

Caps.

02516810	Jamp Temozolomide	Jamp	5	100 mg PPB 195,01 ➡ 39,0015	
02443511	Taro-Temozolomide	Taro	5	195,01 ➡ 39,0015	
02241095	Temodal	Merck	5	390,00 ➡ 78,0000	
02395282	Teva-Temozolomide	Teva Can	5	195,01 ➡ 39,0015	
			20	780,03 ➡ 39,0015	

Caps.

02516829	Jamp Temozolomide	Jamp	5	140 mg PPB 273,01 ➡ 54,6025	
02443538	Taro-Temozolomide	Taro	5	273,01 ➡ 54,6025	
02312794	Temodal	Merck	5	546,00 ➡ 109,2000	
02395290	Teva-Temozolomide	Teva Can	5	273,01 ➡ 54,6025	
			20	1092,05 ➡ 54,6025	

Caps.

02516845	Jamp Temozolomide	Jamp	5	250 mg PPB 487,51 ➡ 97,5010	
02443554	Taro-Temozolomide	Taro	5	487,51 ➡ 97,5010	
02241096	Temodal	Merck	5	975,00 ➡ 195,0000	
02395312	Teva-Temozolomide	Teva Can	5	487,51 ➡ 97,5010	
			20	1950,02 ➡ 97,5010	

THIOGUANINE 

Co.

00282081	Lanvis	Aspen	25	40 mg 102,93	4,1172
----------	--------	-------	----	-----------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TRÉTINOÏNE 

Caps.

02520036	<i>Jamp Tretinoin</i>	Jamp	100	10 mg PPB	1392,84	13,9284
02145839	<i>Vesanoid</i>	Cheplaphar	100		1638,63	16,3863

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 AUTONOMES

- 12:02** agents de sevrage tabagique
- 12:04** agents parasympathomimétiques (cholinergiques)
- 12:08** agents anticholinergiques
- 12:08.08 antimuscariniques/antispasmodiques
- 12:12** agents sympathomimétiques (adrénergiques)
 - 12:12.04 agonistes alpha-adrénergiques
 - 12:12.08 agonistes bêta-adrénergiques
 - 12:12.12 agonistes alpha et bêta-adrénergiques
- 12:16** agents sympatholytiques (inhib.récept.adrénerg.)
 - 12:16.04 alphabloquants
- 12:20** myorelaxants
 - 12:20.04 myorelaxants à action centrale
 - 12:20.08 myorelaxants à action directe
 - 12:20.12 myorelaxants dérivés acide gamma-amin. (gaba)
 - 12:20.92 myorelaxants, divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:02

AGENTS DE SEVRAGE TABAGIQUE

NICOTINE 1

Gomme à mâcher

* 80069513	<i>Nicorette Menthe</i>	McNeil Co	105	2 mg PPB 26,49	0,2523
+ 80086528	<i>Nicotine gomme à mâcher</i>	Cellchem	108	12,30	0,1139
* 80000396	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	21,77	0,2016

Gomme à mâcher

* 80069471	<i>Nicorette Menthe</i>	McNeil Co	105	4 mg PPB 26,49	0,2523
+ 80086508	<i>Nicotine gomme à mâcher</i>	Cellchem	108	12,30	0,1139
* 80000402	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	28,47	0,2636

Past. Or.

* 80007461	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	1 mg 21,77	0,2016
------------	---------------	----------	-----	---------------	--------

Past. Or.

* 80007464	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	2 mg 28,47	0,2636
------------	---------------	----------	-----	---------------	--------

Timbre cut.

+ 80130502	<i>AddictAid Nicotine Patch</i>	Cellchem	7	7 mg/24 h PPB 9,81	1,4021
* 01943057	<i>Habitrol</i>	N.C.H.C.	7	9,81	1,4021
* 80044518	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75	2,6786

Timbre cut.

* 01943065	<i>Habitrol</i>	N.C.H.C.	7	14 mg/24 h PPB 18,75	2,6786
* 80044503	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75	2,6786

Timbre cut.

* 01943073	<i>Habitrol</i>	N.C.H.C.	7	21 mg/24 h PPB 18,75	2,6786
* 80044515	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75	2,6786

- 1 La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec les diverses préparations de nicotine est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois. De plus, la quantité totale remboursable de gommes à mâcher ou de pastilles durant les 12 semaines est limitée à 840 unités, toutes formes confondues.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VARÉNICLINE (TARTRATE DE) 7 P

Co.

02419882	Apo-Varenicline	Apotex	56	0,5 mg PPB 25,86 ➡	0,4618
02546949	Mint-Varenicline	Mint	56	25,86 ➡	0,4618
02542951	NRA-Varenicline	Nora	56	25,86 ➡	0,4618
02426226	Teva-Varenicline	Teva Can	56	25,86 R	

Co.

02435675	Apo-Varenicline (trousse)	Apotex	53	0,5 mg et 1 mg PPB 24,39 ➡	
02546965	Mint-Varenicline (trousse)	Mint	53	24,39 ➡	
02542986	NRA-Varenicline (trousse de départ)	Nora	53	24,39 ➡	
02426781	Teva-Varenicline (trousse de départ)	Teva Can	25	11,50 R	

Co.

02419890	Apo-Varenicline	Apotex	56	1 mg PPB 25,86 ➡	0,4618
02546957	Mint-Varenicline	Mint	56	25,86 ➡	0,4618
02542978	NRA-Varenicline	Nora	56	25,86 ➡	0,4618
02426234	Teva-Varenicline	Teva Can	28	12,93 R	

12:04

AGENTS PARASYMPATHOMIMÉTIQUES (CHOLINERGIQUES)

BÉTHANÉCHOL (CHLORURE DE) P

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) P

Co.

02509571	Jamp Pilocarpine	Jamp	100	5 mg PPB 73,21 ➡	0,7321
02496119	M-Pilocarpine	Mantra Ph.	100	73,21 ➡	0,7321
02216345	Salagen	Amdipharm	100	73,21 ➡	0,7321

- 7 La durée du remboursement d'un traitement antitabagique de varenicline 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.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE) 

Co.

02508362	<i>Jamp Pyridostigmine Bromide</i>	Jamp	100	60 mg PPB 26,73 ➔	0,2673
00869961	<i>Mestinon</i>	Bausch H.	100	42,95	0,4295
02495643	<i>Riva-Pyridostigmine</i>	Riva	100	26,73 ➔	0,2673

Co. L.A.

00869953	<i>Mestinon Supraspan</i>	Bausch H.	30	180 mg 28,19	0,9397
----------	---------------------------	-----------	----	-----------------	--------

12:08.08

ANTIMUSCARINIQUES/ANTISPASMODIQUES

ACLIDINIUM (BROMURE D') 

Pd. pour Inh. (App.)

02409720	<i>Tudorza Genuair</i>	Covis	60	400 mcg 53,10	
----------	------------------------	-------	----	------------------	--

GLYCOPYRROLATE 

Sol. Inj.

02382857	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Oméga	1 ml	0,2 mg/mL PPB 2,78 ➔	
02039508	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sandoz	2 ml	5,57	
02473879	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sterimax	2 ml	5,57	
02473887	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sterimax	1 ml	2,78	
02473895	<i>Glycopyrrolate injection</i>	Sterimax	20 ml	55,65	
02382849	<i>Glycopyrrolate Injection Multidose</i>	Oméga	2 ml	5,57	
02513749	<i>Injection de Glycopyrrolate</i>	Jamp	20 ml	55,65	
02532379	<i>Injection de Glycopyrrolate</i>	Jamp	2 ml	5,57	

GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 

Pd. pour Inh. (App.)

02394936	<i>Seebri Breezhaler</i>	Covis	30	50 mcg/caps. 53,10	
----------	--------------------------	-------	----	-----------------------	--

HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')

Sol. Inj.

02229868	<i>Butylbromure d'hyoscine</i>	Sandoz	1 ml	20 mg/mL 4,52	
----------	--------------------------------	--------	------	------------------	--

IPRATROPIUM (BROMURE D') 

Aéro. oral

02247686	<i>Atrovent HFA</i>	Bo. Ing.	200 dose(s)	0,02 mg/dose PPB 18,92	
02542587	<i>JAMP Ipratropium HFA</i>	Jamp	200 dose(s)	11,25 ➔	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. pour Inh. 02231135	pms-Ipratropium Polynebs	Phmscience	0,125 mg/mL (2 mL) 20	13,18	0,6590
Sol. pour Inh. 02126222 02231136	Apo-Ipravent pms-Ipratropium	Apotex Phmscience	0,25 mg/mL PPB 20 ml 20 ml	6,31 6,31	
Sol. pour Inh. 02231244 02216221	pms-Ipratropium Polynebs Teva-Ipratropium Sterinebs	Phmscience Teva Can	0,25 mg/mL (1 mL) PPB 20 20	13,18 13,18	0,6590 0,6590
Sol. pour Inh. 02231245 99002795	pms-Ipratropium Polynebs Teva-Ipratropium Sterinebs	Phmscience Teva Can	0,25 mg/mL (2 mL) PPB 10 10	13,18 13,18	1,3180 1,3180
Vap. nasal 02239627	pms-Ipratropium	Phmscience	0,03 % 30 ml	22,70	
IPRATROPIUM (BROMURE D')/ SALBUTAMOL (SULFATE DE) ■					
Sol. pour Inh. 02483394 02272695	Bromure d'ipratropium et salbutamol Teva-Combo Sterinebs	Juno Teva Can	0,2 mg -1 mg/mL (2,5 mL) PPB 20 20	14,68 14,68	0,7340 0,7340
SCOPOLAMINE (BROMHYDRATE DE)					
Sol. Inj. 02242810	Scopolamine Hydrobromide Injection	Oméga	0,4 mg/mL 1	6,51	
Sol. Inj. 02242811	Scopolamine Hydrobromide Injection	Oméga	0,6 mg/mL 1	7,04	
TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) ■					
Pd. pour Inh. (App.) 02550865 02537850 02246793	Apo-Tiotropium Lupin-Tiotropium (LupinHaler) Spiriva Handihaler	Apotex Lupin Bo. Ing.	18 mcg PPB 30 30 30	27,43 27,43 27,43	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. pour Inh. (App.) 02435381	Spiriva Respimat	Bo. Ing.	60 dose(s)	2,5 mcg 51,90	
-----------------------------------	------------------	----------	------------	------------------	--

UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') Pd. pour Inh. 02423596	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	
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
02547112	M-Midodrine	Mantra Ph.	100	11,53	►	0,1153

Co.

02517728	JAMP Midodrine	Jamp	100	5 mg	PPB	
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
02547120	M-Midodrine	Mantra Ph.	100	19,21	►	0,1921

12:12.08

AGONISTES BÉTA-ADRÉNERGIQUES

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)

Pd. pour Inh.

02237225	Oxeze Turbuhaler	AZC	60 dose(s)	6 mcg /dose	
----------	------------------	-----	------------	-------------	--

Pd. pour Inh.

02237224	Oxeze Turbuhaler	AZC	60 dose(s)	12 mcg/dose	
----------	------------------	-----	------------	-------------	--

SALBUTAMOL

Aéro. oral

02232570	Airomir	Bausch H.	200 dose(s)	100 mcg/dose	PPB	
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.

02208245	pms-Salbutamol Polynebs	Phmscience	20	0,5 mg/mL (2,5mL)	
			3,49		0,1745

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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

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

Sol. pour Inh.				5 mg/mL	
02213486	Ventolin	GSK	10 ml	2,30	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE) 					
Pd. pour Inh.				50 mcg/dose	
02231129	Serevent Diskus	GSK	60 dose(s)	52,64	

TERBUTALINE (SULFATE DE) 					
Pd. pour Inh.				0,5 mg/dose	
00786616	Bricanyl Turbuhaler	AZC	120 dose(s)	9,17	

12:12.12
AGONISTES ALPHA ET BÊTA-ADRÉNERGIQUES

ÉPINÉPHRINE

Sol. Inj. (App.)				0,15 mg/dose PPB	
02382059	Allerject	Kaleo	1	81,00	
00578657	EpiPen Jr.	Pfizer	1	81,00	

Sol. Inj. (App.)				0,3 mg/dose PPB	
02382067	Allerject	Kaleo	1	81,00	
00509558	EpiPen	Pfizer	1	81,00	

ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')				1 mg/mL	
Sol. Inj.					
02435810	Epinéphrine	Hikma	10	38,50	3,8500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:16.04

ALPHABLOQUANTS

ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D') 

Co. L.A.

			10 mg	PPB	
02519844	<i>Alfuzosin</i>	Sanis	100	26,01	0,2601
02447576	<i>Alfuzosin</i>	Sivem	100	26,01	0,2601
02315866	<i>Apo-Alfuzosin</i>	Apotex	100	26,01	0,2601
02443201	<i>Auro-Alfuzosin</i>	AuroPharma	100	26,01	0,2601
02304678	<i>Sandoz Alfuzosin</i>	Sandoz	100	26,01	0,2601
02245565	<i>Xatral</i>	SanofiAven	100	101,30	1,0130

DIHYDROERGOTAMINE (MÉSYLATE DE) 

Sol. Inj.

			1 mg/mL		
00027243	<i>Dihydroergotamine</i>	Sterimax	1 ml	3,88	

Vap. nasal

			4 mg/mL		
02228947	<i>Migranal</i>	Sterimax	3	28,22	9,4067

SILODOSINE 

Caps.

			4 mg	PPB	
02478501	<i>Auro-Silodosin</i>	AuroPharma	30	11,18	0,3726
02539519	<i>Jamp Silodosin</i>	Jamp	30	11,18	0,3726
02517779	<i>pms-Silodosin</i>	Phmscience	30	11,18	0,3726
02475421	<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	30	11,18	0,3726

Caps.

			8 mg	PPB	
02478528	<i>Auro-Silodosin</i>	AuroPharma	90	33,53	0,3726
02539527	<i>Jamp Silodosin</i>	Jamp	90	33,53	0,3726
02517787	<i>pms-Silodosin</i>	Phmscience	90	33,53	0,3726
02475448	<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	100	37,26	0,3726

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co. L.A. ou Caps. L.A.

				0,4 mg	PPB
02362406	<i>Apo-Tamsulosin CR</i>	Apotex	30	4,50	► 0,1500
			100	15,00	► 0,1500
02545179	<i>Auro-Tamsulosin CR</i>	Aurobindo	30	4,50	► 0,1500
			100	15,00	► 0,1500
02352419	<i>Jamp-Tamsulosin</i>	Jamp	100	15,00	► 0,1500
02319217	<i>Sandoz Tamsulosin</i>	Sandoz	100	15,00	► 0,1500
02340208	<i>Sandoz Tamsulosin CR</i>	Sandoz	100	15,00	► 0,1500
			500	75,00	► 0,1500
02413612	<i>Tamsulosin CR</i>	Pro Doc	30	4,50	► 0,1500
			500	75,00	► 0,1500
02427117	<i>Tamsulosin CR</i>	Sanis	100	15,00	► 0,1500
02429667	<i>Tamsulosin CR</i>	Sivem	100	15,00	► 0,1500
			500	75,00	► 0,1500
02368242	<i>Teva-Tamsulosin CR</i>	Teva Can	30	4,50	► 0,1500
			100	15,00	► 0,1500

12:20.04

MYORELAXANTS À ACTION CENTRALE

CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

				10 mg	PPB
02485419	<i>AG-Cyclobenzaprine</i>	Angita	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02177145	<i>Apo-Cyclobenzaprine</i>	Apotex	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02348853	<i>Auro-Cyclobenzaprine</i>	AuroPharma	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02287064	<i>Cyclobenzaprine</i>	Sanis	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02424584	<i>Cyclobenzaprine</i>	Sivem	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02495422	<i>Flexeril</i>	Orimed	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02357127	<i>Jamp-Cyclobenzaprine</i>	Jamp	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02212048	<i>pms-Cyclobenzaprine</i>	Phmscience	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02220644	<i>Pro-Cyclobenzaprine</i>	Pro Doc	500	51,10	► 0,1022
02242079	<i>Riva-Cyclobenzaprine</i>	Riva	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022
02080052	<i>Teva-Cyclobenzaprine</i>	Teva Can	100	10,22	► 0,1022
			500	51,10	► 0,1022

12:20.08

MYORELAXANTS À ACTION DIRECTE

DANTROLÈNE SODIQUE 

Caps.

				25 mg
01997602	<i>Dantrium</i>	Par Phm	100	39,40 0,3940

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:20.12

MYORELAXANTS DÉRIVÉS ACIDE GAMMA-AMIN. (GABA)

BACLOFÈNE

Co.

10 mg PPB					
02139332	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	100	15,95	► 0,1595
			500	79,74	► 0,1595
02287021	<i>Baclofen</i>	Sanis	100	15,95	► 0,1595
			500	79,74	► 0,1595
02544660	<i>Baclofen</i>	Sivem	100	15,95	► 0,1595
			500	79,74	► 0,1595
02544482	<i>JAMP Baclofen</i>	Jamp	100	15,95	► 0,1595
			500	79,74	► 0,1595
02088398	<i>Mylan-Baclofen</i>	Mylan	100	15,95	► 0,1595
			500	79,74	► 0,1595
02063735	<i>pms-Baclofen</i>	Phmscience	100	15,95	► 0,1595
			500	79,74	► 0,1595
02152584	<i>Pro-Baclofen</i>	Pro Doc	100	15,95	► 0,1595
02242150	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	15,95	► 0,1595
			500	79,74	► 0,1595

Co.

20 mg PPB					
02139391	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	100	31,04	► 0,3104
02287048	<i>Baclofen</i>	Sanis	100	31,04	► 0,3104
02544679	<i>Baclofen</i>	Sivem	100	31,04	► 0,3104
02544490	<i>JAMP Baclofen</i>	Jamp	100	31,04	► 0,3104
02088401	<i>Mylan-Baclofen</i>	Mylan	100	31,04	► 0,3104
02063743	<i>pms-Baclofen</i>	Phmscience	100	31,04	► 0,3104
02152592	<i>Pro-Baclofen</i>	Pro Doc	100	31,04	► 0,3104
02242151	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	31,04	► 0,3104
			500	155,20	► 0,3104

Sol. Inj.

0,05 mg/mL (1 mL) PPB					
02413620	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	30,01	► 6,0028
02457059	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	10	60,03	► 6,0028

Sol. Inj.

0,5 mg/mL (20 mL) PPB					
02413639	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	1	► 78,86	
02457067	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	1	► 78,86	
02485508	<i>Baclofène Intrathécale</i>	Avir	1	► 78,86	

Sol. Inj.

2 mg/mL (5 mL) PPB					
02413647	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	394,34	► 78,8670
02457075	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	10	788,67	► 78,8670
+ 02553341	<i>Baclofene injectable</i>	Jamp	5	394,34	► 78,8670

Sol. Inj.

2 mg/mL (20 mL) PPB					
99110593	<i>Baclofene injectable</i>	Hikma	1	► 315,47	
02485516	<i>Baclofène Intrathécale</i>	Avir	1	► 315,47	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:20.92

**MYORELAXANTS, DIVERS
ORPHÉNADRINE (CITRATE D')**

Co. L.A.

02243559	Sandoz Orphenadrine	Sandoz	100	100 mg 50,95	0,5095
----------	---------------------	--------	-----	-----------------	--------

20:00
AGENTS DE FORMATION DU SANG

- 20:04** **médicaments antianémiques**
20:04.04 préparations de fer
20:12 **agents antithrombotiques**
20:12.04 anticoagulants
20:12.14 agents antiplaquettaires
20:12.18 inhibiteurs de l'agrégation plaquettaire
20:16 **agents hématopoïétiques**
20:28 **agents antihémorragiques**
20:28.16 hémostatiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

20:04.04

PRÉPARATIONS DE FER

CARBOXYMALTOSE FERRIQUE 

Sol. Inj. I.V.

02546078	<i>Ferinject</i>	CSL Behrin	2 ml 10 ml	50 mg (Fe)/mL 45,00 225,00	
----------	------------------	------------	---------------	----------------------------------	--

DÉRISOMALTOSE FERRIQUE 

Sol. Inj. I.V.

02477777	<i>Monoferric</i>	Pfizer	1 ml 5 ml 10 ml	100 mg (Fe)/mL 45,00 225,00 450,00	
----------	-------------------	--------	-----------------------	---	--

FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/ SUCROSE) 

Sol. Inj. I.V.

02243333	<i>Ferrelcit</i>	SanofiAven	10	12,5 mg (Fe)/mL (5 mL) 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 1000	7,86 ➔ 15,71 ➔	0,0157 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 500 ml	6,80 13,60 ➔	0,0272 0,0272
80008295	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	250 ml	6,80 ➔	0,0272
02242863	<i>Pediafer Sirop</i>	Exzell	250 ml	6,80 ➔	0,0272

Sol. Orale Péd.

75 mg/mL(Fe-15 mg/mL) PPB

00762954	<i>Fer-in-Sol</i>	M.J.	50 ml	9,27	
02237385	<i>Ferodan</i>	Odan	50 ml	7,16 ➔	
80008309	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	50 ml	7,16 ➔	
02232202	<i>Pediafer</i>	Exzell	50 ml	7,16 ➔	

FER-SACCHAROSE

Sol. Inj. I.V.

20 mg (Fe)/mL (5 mL) PPB

02502917	<i>pms-Iron Sucrose</i>	Phmscience	10	275,00 ➔	27,5000
02243716	<i>Venofer</i>	Luitpold	10	275,00 ➔	27,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

20:12.04

ANTICOAGULANTS

APIXABAN 

Co.

				2,5 mg	PPB
02487713	<i>ACH-Apixaban</i>	Accord	60	24,50	► 0,4084
02529912	<i>AG-Apixaban</i>	Angita	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02548879	<i>Apixaban</i>	Sanis	180	73,51	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02530708	<i>Apixaban</i>	Sivem	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02487381	<i>Apo-Apixaban</i>	Apotex	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02486806	<i>Auro-Apixaban</i>	AuroPharma	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02527979	<i>Bio-Apixaban</i>	Biomed	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02377233	<i>Eliquis</i>	B.M.S.	60	96,00	1,6000
02528924	<i>Jamp Apixaban</i>	Jamp	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02529009	<i>M-Apixaban</i>	Mantra Ph.	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02492369	<i>Mar-Apixaban</i>	Marcan	60	24,50	► 0,4084
			180	73,51	► 0,4084
02495430	<i>Mint-Apixaban</i>	Mint	60	24,50	► 0,4084
02492814	<i>NAT-Apixaban</i>	Natco	60	24,50	► 0,4084
02553635	<i>NB-Apixaban</i>	NB Pharma	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02526050	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,50	► 0,4084
02546884	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02530724	<i>Pro-Apixaban</i>	Pro Doc	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02525518	<i>Riva Apixaban</i>	Riva	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02489228	<i>Sandoz Apixaban SDZ</i>	Sandoz	60	24,50	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084
02510464	<i>Taro-Apixaban</i>	Sun Pharma	60	24,50	► 0,4084
02484994	<i>Teva-Apixaban</i>	Teva Can	100	40,84	► 0,4084
			500	204,20	► 0,4084

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			5 mg	PPB	
02487721	<i>ACH-Apixaban</i>	Accord	60	24,00	► 0,4000
			180	72,00	► 0,4000
02529920	<i>AG-Apixaban</i>	Angita	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02548887	<i>Apixaban</i>	Sanis	180	72,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02530716	<i>Apixaban</i>	Sivem	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02487403	<i>Apo-Apixaban</i>	Apotex	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02486814	<i>Auro-Apixaban</i>	AuroPharma	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02527987	<i>Bio-Apixaban</i>	Biomed	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02397714	<i>Eliquis</i>	B.M.S.	60	96,00	1,6000
			180	288,00	1,6000
02528932	<i>Jamp Apixaban</i>	Jamp	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02529017	<i>M-Apixaban</i>	Mantra Ph.	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02492377	<i>Mar-Apixaban</i>	Marcan	60	24,00	► 0,4000
			180	72,00	► 0,4000
02495449	<i>Mint-Apixaban</i>	Mint	180	72,00	► 0,4000
02492822	<i>NAT-Apixaban</i>	Natco	60	24,00	► 0,4000
			1000	400,00	► 0,4000
02553643	<i>NB-Apixaban</i>	NB Pharma	180	72,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02526069	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,00	► 0,4000
			180	72,00	► 0,4000
02546892	<i>NRA-Apixaban</i>	Nora	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02530732	<i>Pro-Apixaban</i>	Pro Doc	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02525526	<i>Riva Apixaban</i>	Riva	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02489236	<i>Sandoz Apixaban SDZ</i>	Sandoz	60	24,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000
02510472	<i>Taro-Apixaban</i>	Sun Pharma	60	24,00	► 0,4000
			180	72,00	► 0,4000
02485001	<i>Teva-Apixaban</i>	Teva Can	100	40,00	► 0,4000
			500	200,00	► 0,4000

DALTÉPARINE SODIQUE ▶

Sol. Inj.

25 000 U/mL

02231171	<i>Fragmin</i>	Pfizer	3,8 ml	151,32
----------	----------------	--------	--------	--------

Sol. Inj. (ser)

3500 UI/0,28 mL

02430789	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	7,06
----------	----------------	--------	---	------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser) 02132621	<i>Fragmin</i>	Pfizer	2 500 UI/0,2 mL 1	5,04	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02132648	<i>Fragmin</i>	Pfizer	5 000 UI/0,2 mL 1	10,09	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352648	<i>Fragmin</i>	Pfizer	7 500 UI/0,3 mL 1	15,13	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352656	<i>Fragmin</i>	Pfizer	10 000 UI/0,4 mL 1	20,18	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352664	<i>Fragmin</i>	Pfizer	12 500 UI/0,5 mL 1	25,22	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352672	<i>Fragmin</i>	Pfizer	15 000 UI/0,6 mL 1	30,26	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02494582	<i>Fragmin</i>	Pfizer	16 500 UI/0,66 mL 1 5	33,29 166,45	33,2900
Sol. Inj. S.C. (ser) 02352680	<i>Fragmin</i>	Pfizer	18 000 UI/0,72 mL 1	36,32	

EDOXABAN

Co.				15 mg	PPB
* 02458640	<i>Lixiana</i>	Servier	30	85,20	2,8400
* 02553414	<i>Sandoz Edoxaban</i>	Sandoz	100	146,97	1,4697
* 02554208	<i>Teva-Edoxaban</i>	Teva Can	30	44,09	1,4697
Co.				30 mg	PPB
* 02557282	<i>JAMP Edoxaban</i>	Jamp	30	22,04	0,7348
* 02458659	<i>Lixiana</i>	Servier	30	85,20	2,8400
* 02556960	<i>Pro-Edoxaban</i>	Pro Doc	30	22,04	0,7348
			100	73,48	0,7348
* 02553422	<i>Sandoz Edoxaban</i>	Sandoz	30	22,04	0,7348
			100	73,48	0,7348
* 02554216	<i>Teva-Edoxaban</i>	Teva Can	30	22,04	0,7348
			100	73,48	0,7348

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
* 02557290	JAMP Edoxaban	Jamp	30	22,04	0,7348
			100	73,48	0,7348
* 02458667	Lixiana	Servier	30	85,20	2,8400
* 02556979	Pro-Edoxaban	Pro Doc	30	22,04	0,7348
			100	73,48	0,7348
* 02553430	Sandoz Edoxaban	Sandoz	30	22,04	0,7348
			100	73,48	0,7348
* 02554224	Teva-Edoxaban	Teva Can	30	22,04	0,7348
			100	73,48	0,7348
60 mg PPB					
ÉNOXAPARINE SODIQUE					
Sol. Inj. S.C.					
100 mg/mL					
02509121	Redesca	Valeo	3 ml	49,62	
Sol. Inj. S.C. (ser)					
30 mg/ 0,3 mL					
02539977	Axberi	Baxter	10	49,12	4,9124
02532247	Elonox	Fresenius	10	49,12	4,9124
02507501	Inclunox	Sandoz	10	49,62	4,9620
02506459	Noromby	Juno	10	49,12	4,9124
02509075	Redesca	Valeo	10	49,62	4,9620
Sol. Inj. S.C. (ser)					
40 mg/0,4 mL					
02539985	Axberi	Baxter	10	65,50	6,5498
02532255	Elonox	Fresenius	10	65,50	6,5498
02507528	Inclunox	Sandoz	10	66,16	6,6160
02506467	Noromby	Juno	10	65,50	6,5498
02509083	Redesca	Valeo	10	66,16	6,6160
Sol. Inj. S.C. (ser)					
60 mg/0,6 mL					
02540002	Axberi	Baxter	10	98,25	9,8248
02532263	Elonox	Fresenius	10	98,25	9,8248
02507536	Inclunox	Sandoz	10	99,24	9,9240
02506475	Noromby	Juno	10	98,25	9,8248
02509091	Redesca	Valeo	10	99,24	9,9240
Sol. Inj. S.C. (ser)					
80 mg/0,8 mL					
02540010	Axberi	Baxter	10	131,00	13,0997
02532271	Elonox	Fresenius	10	131,00	13,0997
02507544	Inclunox	Sandoz	10	132,32	13,2320
02506483	Noromby	Juno	10	131,00	13,0997
02509105	Redesca	Valeo	10	132,32	13,2320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02540045	Axberi	Baxter	10	163,75	16,3746
02532298	Elonox	Fresenius	10	163,75	16,3746
02507552	Inclunox	Sandoz	10	165,40	16,5400
02506491	Noromby	Juno	10	163,75	16,3746
02509113	Redesca	Valeo	10	165,40	16,5400
Sol. Inj. S.C. (ser)					
100 mg/1,0 mL					
02540029	Axberi HP	Baxter	10	196,50	19,6495
02532301	Elonox HP	Fresenius	10	196,50	19,6495
02507560	Inclunox HP	Sandoz	2	39,70	19,8480
02506505	Noromby HP	Juno	10	196,50	19,6495
02509148	Redesca HP	Valeo	10	198,48	19,8480
Sol. Inj. S.C. (ser)					
150 mg/1,0 mL					
02540037	Axberi HP	Baxter	10	245,62	24,5619
02532328	Elonox HP	Fresenius	10	245,62	24,5619
02507579	Inclunox HP	Sandoz	2	49,62	24,8100
02506513	Noromby HP	Juno	10	245,62	24,5619
02509156	Redesca HP	Valeo	10	248,10	24,8100
FONDAPARINUX 					
Sol. Inj. S.C. (ser)					
2,5 mg/0,5 mL PPB					
02245531	Arixtra	Aspen	1	9,86	
02406853	Solution injectable de fondaparinux sodique	Dr Reddy's	1	9,86	
Sol. Inj. S.C. (ser)					
7,5 mg/0,6 mL PPB					
02258056	Arixtra	Aspen	1	17,50	
02406896	Solution injectable de fondaparinux sodique	Dr Reddy's	1	17,50	
HÉPARINE SODIQUE					
Sol. Inj.					
100 U/mL					
00727520	Héparine Léo	Leo	10 ml	4,26	
Sol. Inj.					
1 000 U/mL					
00453811	Héparine	Leo	10 ml	5,01	
Sol. Inj.					
10 000 U/mL					
02382326	Héparine sodique injectable, USP	Pfizer	1 ml	5,01	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
----------	--------------------------	-------	---	-----------------	-------

RIVAROXABAN

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
02551616	<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02555115	<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	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
02547902	<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	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.					
02528002	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	100	71,75	0,7175
02470500	<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02549344	<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02516306	<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	100	71,75	0,7175
02551624	<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02555123	<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	100	71,75	0,7175
02512068	<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	100	71,75	0,7175
			3500	2511,25	0,7175
02540983	<i>Pro-Rivaroxaban</i>	Pro Doc	100	71,75	0,7175
02472430	<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	90	64,58	0,7175
02540851	<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	100	71,75	0,7175
02547910	<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	100	71,75	0,7175
02541483	<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	100	71,75	0,7175
02482231	<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	100	71,75	0,7175
			500	358,75	0,7175
02483815	<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	90	64,58	0,7175
			500	358,75	0,7175
02507218	<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02378604	<i>Xarelto</i>	Bayer	90	255,60	2,8400
Co.					
02528010	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	100	71,75	0,7175
02470519	<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02549352	<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02516314	<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	100	71,75	0,7175
02551632	<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02555131	<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	100	71,75	0,7175
02512076	<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	100	71,75	0,7175
			500	358,75	0,7175
02540991	<i>Pro-Rivaroxaban</i>	Pro Doc	100	71,75	0,7175
			500	358,75	0,7175
02472422	<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	90	64,58	0,7175
			500	358,75	0,7175
02540878	<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	100	71,75	0,7175
			500	358,75	0,7175
02547929	<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	500	358,75	0,7175
02541491	<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	100	71,75	0,7175
			500	358,75	0,7175
02482258	<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	100	71,75	0,7175
			500	358,75	0,7175
02483823	<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	90	64,58	0,7175
			500	358,75	0,7175
02507226	<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	30	21,53	0,7175
			100	71,75	0,7175
02378612	<i>Xarelto</i>	Bayer	90	255,60	2,8400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TINZAPARINE SODIQUE ▶

Sol. Inj. S.C.

02167840	Innohep	Leo	2 ml	10 000 UI/mL 33,43
----------	---------	-----	------	-----------------------

Sol. Inj. S.C.

02229515	Innohep	Leo	10	20 000 UI/mL (2 mL) 679,00	67,9000
----------	---------	-----	----	-------------------------------	---------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02229755	Innohep	Leo	10	2 500 UI/0,25 mL 42,15	4,2150
----------	---------	-----	----	---------------------------	--------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02358158	Innohep	Leo	10	3 500 UI/0,35 mL 59,00	5,9000
----------	---------	-----	----	---------------------------	--------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02358166	Innohep	Leo	10	4 500 UI/0,45 mL 75,80	7,5800
----------	---------	-----	----	---------------------------	--------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02429462	Innohep	Leo	10	8 000 UI/0,4 mL 137,71	13,7710
----------	---------	-----	----	---------------------------	---------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02231478	Innohep	Leo	10	10 000 UI/ 0,5 mL 167,70	16,7700
----------	---------	-----	----	-----------------------------	---------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02429470	Innohep	Leo	10	12 000 UI/0,6 mL 206,57	20,6570
----------	---------	-----	----	----------------------------	---------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02358174	Innohep	Leo	10	14 000 UI/ 0,7 mL 241,00	24,1000
----------	---------	-----	----	-----------------------------	---------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02429489	Innohep	Leo	10	16 000 UI/0,8 mL 275,43	27,5430
----------	---------	-----	----	----------------------------	---------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02358182	Innohep	Leo	10	18 000 UI/0,9 mL 309,85	30,9850
----------	---------	-----	----	----------------------------	---------

WARFARINE SODIQUE ▶

Co.

02242924	Apo-Warfarin	Apotex	100	1 mg PPB 7,80	0,0780
02242680	Taro-Warfarin	Taro	500	39,00	0,0780
			100	7,80	0,0780
			250	19,50	0,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02242925	Apo-Warfarin	Apotex	100	2 mg PPB 8,25	0,0825
			500	41,25	0,0825
02242681	Taro-Warfarin	Taro	100	8,25	0,0825
			250	20,63	0,0825
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 18,06	0,1806
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
20:12.14					
AGENTS ANTIPLAQUETTAIRES					
ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D') 					
Caps.					
02274949	pms-Anagrelide	Phmscience	100	0,5 mg 263,61	2,6361

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

20:12.18

INHIBITEURS DE L'AGRÉGATION PLAQUETTAIRE

CLOPIDOGREL (BISULFATE DE)

Co.

			75 mg	PPB	
02303027	<i>ACT Clopidogrel</i>	Teva Can	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02431971	<i>AG-Clopidogrel</i>	Angita	30	7,89 ➡	0,2631
			100	26,31 ➡	0,2631
02252767	<i>Apo-Clopidogrel</i>	Apotex	30	7,89 ➡	0,2631
			100	26,31 ➡	0,2631
02416387	<i>Auro-Clopidogrel</i>	AuroPharma	30	7,89 ➡	0,2631
			100	26,31 ➡	0,2631
02444895	<i>Bio-Clopidogrel</i>	Biomed	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02394820	<i>Clopidogrel</i>	Pro Doc	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02400553	<i>Clopidogrel</i>	Sanis	500	131,55 ➡	0,2631
02385813	<i>Clopidogrel</i>	Sivem	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02415550	<i>Jamp-Clopidogrel</i>	Jamp	30	7,89 ➡	0,2631
			100	26,31 ➡	0,2631
02422255	<i>Mar-Clopidogrel</i>	Marcan	100	26,31 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02502283	<i>M-Clopidogrel</i>	Mantra Ph.	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02408910	<i>Mint-Clopidogrel</i>	Mint	500	131,55 ➡	0,2631
02482037	<i>NRA-Clopidogrel</i>	Nora	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02238682	<i>Plavix</i>	SanofiAven	28	74,23	2,6511
			90	238,60	2,6511
02348004	<i>Pms-Clopidogrel</i>	Phmscience	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02388529	<i>Riva-Clopidogrel</i>	Riva	30	7,89 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02379813	<i>Taro-Clopidogrel</i>	Sun Pharma	100	26,31 ➡	0,2631
			500	131,55 ➡	0,2631
02293161	<i>Teva Clopidogrel</i>	Teva Can	30	7,89 ➡	0,2631
			100	26,31 ➡	0,2631

20:16

AGENTS HÉMATOPOIÉTIQUES

FILGRASTIM

Sol. inj.

300 mcg/mL (1,0 mL)

02485591	<i>Nivestym</i>	Pfizer	10	1385,38	138,5376
----------	-----------------	--------	----	---------	----------

Sol. inj.

300 mcg/mL (1,6mL)

02485656	<i>Nivestym</i>	Pfizer	10	2216,64	221,6640
----------	-----------------	--------	----	---------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Inj. (ser)					
600 mcg/mL (0,5 mL)					
02556537	<i>Filra</i>	Jamp	1	105,68	
*	02441489	<i>Grastofil</i>	10	1056,80	105,6798
		Apotex	1	105,68	
	02485575	<i>Nivestym</i>	10	1056,80	105,6798
		Pfizer	1	138,54	
*	02520990	<i>Nypozi</i>	10	1385,38	138,5376
		Tanvex	1	105,68	
			10	1056,80	105,6798

Sol. Inj. (ser)					
600 mcg/mL (0,8 mL)					
02556545	<i>Filra</i>	Jamp	1	169,09	
*	02454548	<i>Grastofil</i>	10	1690,87	169,0872
		Apotex	1	169,09	
	02485583	<i>Nivestym</i>	10	1690,87	169,0872
		Pfizer	1	221,66	
*	02521008	<i>Nypozi</i>	10	2216,64	221,6640
		Tanvex	1	169,09	
			10	1690,87	169,0872

PEGFILGRASTIM 					
Sol. Inj. S.C. (ser)					10 mg/mL (0,6 mL)
02484153	<i>Fulphila</i>	Biocon	1	492,00	
02474565	<i>Lapelga</i>	Apotex	1	492,00	
02546973	<i>Niopeg</i>	Nora	1	492,00	
02506238	<i>Nyvepria</i>	Pfizer	1	1375,00	
02553945	<i>Pexegra</i>	Jamp	1	492,00	
02497395	<i>Ziectenzzo</i>	Sandoz	1	492,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)					
10 mg/mL (0,6 mL)					
02529343	<i>Lapelga</i>	Apotex	1	1375,00	

20:28.16 HÉMOSTATIQUES TRANEXAMIQUE (ACIDE) 					
Co.					500 mg PPB
02401231	<i>Acide Tranexamique</i>	Sterimax	100	29,67	► 0,2967
02064405	<i>Cyklokapron</i>	Pfizer	100	102,48	1,0248
02496232	<i>Mar-Tranexamic Acid</i>	Marcan	100	29,67	► 0,2967
02549395	<i>M-Tranexamic Acid</i>	Mantra Ph.	100	29,67	► 0,2967
02519194	<i>Tranexamic Acide</i>	Jamp	100	29,67	► 0,2967

24:00

MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES

24:04	médicaments pour le cœur
24:04.04	agents anti-arythmiques
24:04.08	agents cardiotoniques
24:06	agents hypolipidémiants
24:06.04	chélateurs des acides biliaires
24:06.05	inhibiteurs de l'absorption du cholestérol
24:06.06	dérivés de l'acide fibrrique
24:06.08	inhibiteurs de l'hmg-coa réductase
24:08	agents vasodilatateurs
24:08.08	nitrates et nitrites
24:08.16	vasodilatateurs à action directe
24:16	alphabloquants
24:20	bêta-bloquants
24:24	agonistes alpha-adrénergiques
24:28	inhibiteurs calciques
24:28.08	dihydropyridines
24:28.92	inhibiteurs calciques, divers
24:32	inhib. système rénine-angiotensine-aldostérone
24:32.04	inhib. enzyme de conversion de l'angiotensine
24:32.08	antagonistes des récepteurs de l'angiotensine ii
24:32.20	antagonistes des récepteurs de l'aldostérone

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:04.04

AGENTS ANTI-ARYTHMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D') 

Co.

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.

02536846	<i>Mint-Mexiletine</i>	Mint	100	100 mg PPB 73,46 ➡ 0,7346	
02230359	<i>Teva-Mexiletine</i>	Teva Can	100	73,46 ➡ 0,7346	

Caps.

02536854	<i>Mint-Mexiletine</i>	Mint	100	200 mg PPB 98,37 ➡ 0,9837	
02230360	<i>Teva-Mexiletine</i>	Teva Can	100	98,37 ➡ 0,9837	

PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02243324	<i>Apo-Propafenone</i>	Apotex	100	150 mg PPB 63,06 ➡ 0,6306	
02457172	<i>Mylan-Propafenone</i>	Mylan	100	63,06 ➡ 0,6306	
00603708	<i>Rythmol</i>	BGP Pharma	100	94,10 ➡ 0,9410	

Co.

02243325	<i>Apo-Propafenone</i>	Apotex	100	300 mg PPB 111,16 ➡ 1,1116	
02457164	<i>Mylan-Propafenone</i>	Mylan	100	111,16 ➡ 1,1116	
00603716	<i>Rythmol</i>	BGP Pharma	100	165,86 ➡ 1,6586	

24:04.08

AGENTS CARDIOTONIQUES

DIGOXINE 

Co.

02554399	<i>Auro-Digoxin</i>	Aurobindo	250	0,0625 mg PPB 27,23 ➡ 0,1089	
02498502	<i>Jamp Digoxin</i>	Jamp	100	54,45 ➡ 0,1089	
02335700	<i>pms-Digoxin</i>	Phmscience	250	10,89 ➡ 0,1089	

Co.

02554402	<i>Auro-Digoxin</i>	Aurobindo	250	0,125 mg PPB 51,50 ➡ 0,1030	
02498510	<i>Jamp Digoxin</i>	Jamp	100	25,75 ➡ 0,1030	
02335719	<i>pms-Digoxin</i>	Phmscience	250	10,30 ➡ 0,1030	

Sol. Orale

02242320	<i>pms-Digoxin</i>	Phmscience	115 ml	0,05 mg/mL 143,60 ➡ 1,2487	
----------	--------------------	------------	--------	-------------------------------	--

MILRINONE (LACTATE DE) 

Sol. Inj. I.V.

02521407	<i>Lactate de milrinone injectable</i>	Marcan	10 ml	1 mg/mL PPB 39,78 ➡	
02244622	<i>Milrinone Lactate Injection</i>	Fresenius	10 ml	39,78 ➡	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:06.04

CHÉLATEURS DES ACIDES BILIAIRES

CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE) 

Pd. Orale

				4 g/sac. PPB	
02455609	<i>Cholestyramine-Odan</i>	Odan	30	27,65 ➡	0,9217
02478595	<i>Jamp-Cholestyramine</i>	Jamp	30	27,65 ➡	0,9217
02210320	<i>Olestyr</i>	Phmscience	30	27,65 ➡	0,9217

COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE) 

Pd. Orale

5 g de colestipol/sac.					
*	00642975	<i>Colestid</i>	Pfizer	30	25,85 R

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
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

**DÉRIVÉS DE L'ACIDE FIBRIQUE
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	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	52,22	0,5802

Co.

			5 mg - 20 mg	PPB	
02411261	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	100	68,42	0,6842
02273241	Caduet	BGP Pharma	90	77,32	0,8591
02362767	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	61,58	0,6842

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	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	65,09	0,7232

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02411296	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	5 mg - 80 mg	PPB	
02273276	Caduet	BGP Pharma	100	72,32	0,7232
02362783	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	80,83	0,8981
			90	65,09	0,7232
Co.					
02411318	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 10 mg	PPB	
02273284	Caduet	BGP Pharma	100	61,25	0,6125
02362791	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	82,75	0,9194
			90	55,13	0,6125
Co.					
02411326	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 20 mg	PPB	
02273292	Caduet	BGP Pharma	100	76,36	0,7636
02362805	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	92,11	1,0234
			90	68,72	0,7636
Co.					
02411334	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 40 mg	PPB	
02273306	Caduet	BGP Pharma	100	80,00	0,8000
02362813	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	95,62	1,0624
			90	72,00	0,8000
Co.					
02411342	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 80 mg	PPB	
02273314	Caduet	BGP Pharma	100	80,00	0,8000
02362821	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	95,62	1,0624
			90	72,00	0,8000

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	R
			500	87,15 ➡	R
02295261	Apo-Atorvastatin	Apotex	30	5,23 ➡	0,1743
			100	17,43 ➡	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	30	5,23 ➡	0,1743
			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
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	R
			500	108,95	R
02295288	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	6,54	0,2179
			100	21,79	0,2179
02506084	<i>Atorvastatin</i>	Angita	30	6,54	0,2179
			500	108,95	0,2179
02496615	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	108,95	0,2179
02346494	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	108,95	0,2179
02475030	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	6,54	0,2179
			500	108,95	0,2179
02348713	<i>Atorvastatin</i>	Sanis	500	108,95	0,2179
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	30	6,54	0,2179
			500	108,95	0,2179
02477157	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	21,79	0,2179
			500	108,95	0,2179
02507242	<i>pmSC-Atorvastatin</i>	Phmscience	90	19,61	0,2179
			500	108,95	0,2179
02521563	<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	500	108,95	0,2179
02417944	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	19,61	0,2179
			500	108,95	0,2179
02422778	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	6,54	0,2179
			500	108,95	0,2179
02324954	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	6,54	0,2179
			100	21,79	0,2179
02313715	<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	90	19,61	0,2179
			500	108,95	0,2179
02310902	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	6,54	0,2179
			500	108,95	0,2179

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg	PPB	
02457776	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02478161	<i>AG-Atorvastatin</i>	Angita	100	23,42	R
			500	117,10	R
02295296	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02506092	<i>Atorvastatin</i>	Angita	30	7,03	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02496623	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	117,10	► 0,2342
02346508	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	117,10	► 0,2342
02475049	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02348721	<i>Atorvastatin</i>	Sanis	500	117,10	► 0,2342
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	30	7,03	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02477165	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	23,42	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02507250	<i>pmsc-Atorvastatin</i>	Phmscience	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02521571	<i>PRZ-Atorvastatin</i>	Pharmaris	500	117,10	► 0,2342
02417952	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02422786	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02324962	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02313723	<i>Taro-Atorvastatin</i>	Sun Pharma	90	21,08	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342
02310910	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	7,03	► 0,2342
			500	117,10	► 0,2342

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			80 mg	PPB	
02457784	ACH-Atorvastatin	Accord	90	21,08	► 0,2342
02478188	AG-Atorvastatin	Angita	100	23,42	R
02295318	Apo-Atorvastatin	Apotex	30	7,03	► 0,2342
			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	Sivern	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	30	7,03	► 0,2342
			100	23,42	► 0,2342
02507269	pmsc-Atorvastatin	Phmscience	90	21,08	► 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 R

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	R

LOVASTATINE 

Co.				20 mg	
	02220172 Lovastatin	AA Pharma	100	119,31	1,1931

Co.

				40 mg	
	02220180 Lovastatin	AA Pharma	100	217,93	2,1793

PRAVASTATINE SODIQUE 

Co.				10 mg	PPB	
02440644	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	29,16	►	0,2916
02476142	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	29,16	►	0,2916
02243506	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916
02458977	<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	100	29,16	►	0,2916
02446251	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	29,16	►	0,2916
02330954	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916
02432048	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	29,16	►	0,2916
02317451	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916
02476274	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916
02535653	<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	100	29,16	►	0,2916
02247655	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	29,16	►	0,2916
02356546	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916
02389703	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916
02243824	<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	30	8,75	►	0,2916
02468700	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	29,16	►	0,2916
02284421	<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916
02247008	<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	30	8,75	►	0,2916
			100	29,16	►	0,2916

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			20 mg	PPB	
02440652	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	34,40	► 0,3440
02476150	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	34,40	► 0,3440
02243507	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02458985	<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	100	34,40	► 0,3440
02446278	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	34,40	► 0,3440
			500	172,00	► 0,3440
02330962	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02432056	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	34,40	► 0,3440
02317478	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02476282	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02535661	<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	100	34,40	► 0,3440
02247656	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	34,40	► 0,3440
02356554	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02389738	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02243825	<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02468719	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	34,40	► 0,3440
02284448	<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440
02247009	<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	30	10,32	► 0,3440
			100	34,40	► 0,3440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02440660	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	41,43	► 0,4143
02476169	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	41,43	► 0,4143
02243508	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02458993	<i>Auro-Pravastatin</i>	AuroPharma	100	41,43	► 0,4143
02446286	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	41,43	► 0,4143
			500	207,15	► 0,4143
02330970	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02432064	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	41,43	► 0,4143
02317486	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02476290	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02535688	<i>NRA-Pravastatin</i>	Nora	100	41,43	► 0,4143
02247657	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	41,43	► 0,4143
02356562	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02389746	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02243826	<i>Pro-Pravastatin</i>	Pro Doc	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02468727	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	41,43	► 0,4143
02284456	<i>Taro-Pravastatin</i>	Sun Pharma	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
02247010	<i>Teva-Pravastatin</i>	Teva Can	30	12,43	► 0,4143
			100	41,43	► 0,4143
40 mg PPB					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ROSVUVESTATINE 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 ➡	R
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 ➡	R
			100	12,83 ➡	R
02397781	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	12,83 ➡	0,1283
			500	64,15 ➡	0,1283
02496534	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	3,85 ➡	0,1283
			500	64,15 ➡	0,1283
02555492	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	3,85 ➡	0,1283
			500	64,15 ➡	0,1283
02477483	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	64,15 ➡	R
02536595	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	3,85 ➡	0,1283
			500	64,15 ➡	0,1283
02378523	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	3,85 ➡	0,1283
			500	64,15 ➡	0,1283
02381176	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	3,85 ➡	0,1283
			100	12,83 ➡	0,1283
02505576	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	11,55 ➡	0,1283
			500	64,15 ➡	0,1283
02380013	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	3,85 ➡	0,1283
			100	12,83 ➡	0,1283
02496054	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	64,15 ➡	0,1283
02405628	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	100	12,83 ➡	0,1283
			500	64,15 ➡	0,1283
02411628	<i>Rosuvastatin</i>	Sivern	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 ➡	R
			500	67,65 ➡	R
02500140	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02337983	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	4,06 ➡	0,1353
			100	13,53 ➡	0,1353
02442582	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02444976	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	90	12,18 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02247162	<i>Crestor</i>	AZC	30	40,80 ➡	1,3600
02498340	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	4,06 ➡	0,1353
			100	13,53 ➡	0,1353
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 ➡	R
			100	13,53 ➡	R
02397803	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	13,53 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02496542	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02555506	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02477491	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	67,65 ➡	R
02536609	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02378531	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02381184	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02505584	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	12,18 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02380056	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	4,06 ➡	0,1353
			100	13,53 ➡	0,1353
02496089	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	67,65 ➡	0,1353
02405636	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	67,65 ➡	0,1353
02411636	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	4,06 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02338734	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	4,06 ➡	0,1353
			100	13,53 ➡	0,1353
02382652	<i>Taro-Rosuvastatin</i>	Sun Pharma	100	13,53 ➡	0,1353
			500	67,65 ➡	0,1353
02354616	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	4,06 ➡	0,1353
			100	13,53 ➡	0,1353

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			20 mg	PPB	
02438933	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	15,23	0,1692
			500	84,60	0,1692
02477068	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	16,92	R
			500	84,60	R
02500159	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02337991	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692
02442590	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02444984	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	90	15,23	0,1692
			500	84,60	0,1692
02247163	<i>Crestor</i>	AZC	30	51,00	1,7000
02498359	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692
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	R
			100	16,92	R
02397811	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	16,92	0,1692
			500	84,60	0,1692
02496550	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02555514	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02477505	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	84,60	R
02536625	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02378558	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02381192	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692
02505592	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	15,23	0,1692
			500	84,60	0,1692
02380064	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692
02496070	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	84,60	0,1692
02405644	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	84,60	0,1692
02411644	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	5,08	0,1692
			500	84,60	0,1692
02338742	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692
02382660	<i>Taro-Rosuvastatin</i>	Sun Pharma	100	16,92	0,1692
			500	84,60	0,1692
02354624	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	5,08	0,1692
			100	16,92	0,1692

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 40 mg PPB					
02438941	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	17,91 ➡	0,1990
			500	99,50 ➡	0,1990
02477076	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	19,90 ➡	R
02500167	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	5,97 ➡	0,1990
			500	99,50 ➡	0,1990
02338009	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	5,97 ➡	0,1990
			100	19,90 ➡	0,1990
02442604	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	AuroPharma	30	5,97 ➡	0,1990
			500	99,50 ➡	0,1990
02444992	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	90	17,91 ➡	0,1990
02247164	<i>Crestor</i>	AZC	30	59,70 ➡	1,9900
02498367	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	5,97 ➡	0,1990
			100	19,90 ➡	0,1990
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 ➡	R
			100	19,90 ➡	R
02397838	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	19,90 ➡	0,1990
			500	99,50 ➡	0,1990
02496569	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	30	5,97 ➡	0,1990
			100	19,90 ➡	0,1990
02555522	<i>NB-Rosuvastatin</i>	NB Pharma	30	5,97 ➡	0,1990
			500	99,50 ➡	0,1990
02477513	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	99,50 ➡	R
02536633	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	30	5,97 ➡	0,1990
			500	99,50 ➡	0,1990
02378566	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	5,97 ➡	0,1990
			500	99,50 ➡	0,1990
02381206	<i>Pro-Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,97 ➡	0,1990
			100	19,90 ➡	0,1990
02505606	<i>PRZ-Rosuvastatin</i>	Pharmaris	90	17,91 ➡	0,1990
02380102	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	5,97 ➡	0,1990
			100	19,90 ➡	0,1990
02405652	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	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
02549638	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	10,23	► 0,1023
02284723	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	10,23	► 0,1023
02386291	<i>Simvastatin</i>	Sivem	100	10,23	► 0,1023
02329131	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	100	10,23	► 0,1023
02250144	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	3,07	► 0,1023
			100	10,23	► 0,1023

Co.

				10 mg	PPB
02480069	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	20,23	► 0,2023
02247012	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	6,07	► 0,2023
			100	20,23	► 0,2023
02405156	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	100	20,23	► 0,2023
			500	101,15	► 0,2023
02375605	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	6,07	► 0,2023
			100	20,23	► 0,2023
02375044	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	20,23	► 0,2023
			500	101,15	► 0,2023
02372940	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	20,23	► 0,2023
02469987	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	20,23	► 0,2023
02549646	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	20,23	► 0,2023
02247221	<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	30	6,07	► 0,2023
			100	20,23	► 0,2023
02284731	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	20,23	► 0,2023
02386305	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	6,07	► 0,2023
			100	20,23	► 0,2023
02329158	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	6,07	► 0,2023
			100	20,23	► 0,2023
02250152	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	6,07	► 0,2023
			100	20,23	► 0,2023
00884332	<i>Zocor</i>	Organon	28	54,41	1,9432

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				20 mg	PPB
02480077	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,01	► 0,2501
02247013	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02405164	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	100	25,01	► 0,2501
			500	125,05	► 0,2501
02375613	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02375052	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,01	► 0,2501
			500	125,05	► 0,2501
02372959	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,01	► 0,2501
02469995	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	► 0,2501
			500	125,05	► 0,2501
02549654	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	► 0,2501
02247222	<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02284758	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,01	► 0,2501
02386313	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02329166	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02250160	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
00884340	<i>Zocor</i>	Organon	28	67,71	2,4182

Co.

				40 mg	PPB
02480085	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,01	► 0,2501
02247014	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02405172	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	100	25,01	► 0,2501
			500	125,05	► 0,2501
02375621	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02375060	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,01	► 0,2501
02372967	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,01	► 0,2501
02470004	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	► 0,2501
02549662	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	► 0,2501
02247223	<i>Pro-Simvastatin</i>	Pro Doc	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02284766	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,01	► 0,2501
02386321	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02329174	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
02250179	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	► 0,2501
			100	25,01	► 0,2501
00884359	<i>Zocor</i>	Organon	28	67,71	2,4182

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			80 mg	PPB	
02480093	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,00	► 0,2500
02247015	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	► 0,2500
			100	25,00	► 0,2500
02405180	<i>Auro-Simvastatin</i>	AuroPharma	30	7,50	► 0,2500
			100	25,00	► 0,2500
02375648	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	100	25,00	► 0,2500
02375079	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,00	► 0,2500
02372975	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,00	► 0,2500
02470012	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	30	7,50	► 0,2500
			100	25,00	► 0,2500
02549670	<i>pmsc-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,00	► 0,2500
02247224	<i>Simvastatin</i>	Pro Doc	30	7,50	► 0,2500
			100	25,00	► 0,2500
02284774	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,00	► 0,2500
02386348	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	► 0,2500
			100	25,00	► 0,2500
02329182	<i>Taro-Simvastatin</i>	Sun Pharma	30	7,50	► 0,2500
			100	25,00	► 0,2500
02250187	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	► 0,2500
			100	25,00	► 0,2500

24:08.08**NITRATES ET NITRITES
DINITRATE D'ISOSORBIDE**

Co.

			10 mg		
00441686	<i>Isdn</i>	AA Pharma	100	3,65	0,0365

Co.

			30 mg		
00441694	<i>Isdn</i>	AA Pharma	100	8,57	0,0857

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE

Co. L.A.

			60 mg	PPB	
02272830	<i>Apo-ISMN</i>	Apotex	100	35,23	► 0,3523
02301288	<i>pms-ISMN</i>	Phmscience	30	10,57	► 0,3523
			100	35,23	► 0,3523
02311321	<i>Pro-ISMN-60</i>	Pro Doc	100	35,23	► 0,3523

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE

Pulv. S.- Ling.

			0,4 mg	PPB	
02231441	<i>Nitrolingual Pompe</i>	SanofiAven	200 dose(s)	13,37	
02238998	<i>Rho-Nitro</i>	Sandoz	200 dose(s)	8,42	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Timbre cut.					
02407442	<i>Mylan-Nitro Patch 0.2</i>	Mylan	30	0,2 mg/h PPB 13,39	0,4463
01911902	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	13,39	0,4463
02230732	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	13,39	0,4463

Timbre cut.					
02407450	<i>Mylan-Nitro Patch 0.4</i>	Mylan	30	0,4 mg/h PPB 14,11	0,4703
01911902	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	14,11	0,4703
02230733	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	14,11	0,4703

Timbre cut.					
02407469	<i>Mylan-Nitro Patch 0.6</i>	Mylan	30	0,6 mg/h PPB 14,11	0,4703
01911929	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	14,11	0,4703
02046156	<i>Transderm-Nitro</i>	Novartis	30	21,20	R
02230734	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	14,11	0,4703

Timbre cut.					
02407477	<i>Mylan-Nitro Patch 0.8</i>	Mylan	30	0,8 mg/h PPB 26,23	0,8743
02011271	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	26,23	0,8743

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)

Co. S-Ling.					
00037613	<i>Nitrostat</i>	BGP Pharma	100	0,3 mg 16,78	

Co. S-Ling.					
00037621	<i>Nitrostat</i>	BGP Pharma	100	0,6 mg 16,78	

24:08.16

VASODILATATEURS À ACTION DIRECTE

DIAZOXIDE R					
Caps.				100 mg	
00503347	<i>Proglycem</i>	Merck	100	161,41	1,6141

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D') R

Co.					
00441619	<i>Apo-Hydralazine</i>	Apotex	100	10 mg PPB 3,55	0,0355
02539802	<i>Hydralazine</i>	Sanis	100	3,55	0,0355
02457865	<i>Jamp-Hydralazine</i>	Jamp	100	3,55	0,0355
02468778	<i>Mint-Hydralazine</i>	Mint	100	3,55	0,0355

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				25 mg PPB	
00441627	Apo-Hydralazine	Apotex	100	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.				2,5 mg	
00514497	Loniten	Pfizer	100	33,30	0,3330

Co.

00514500	Loniten	Pfizer	100	73,42	0,7342
----------	---------	--------	-----	-------	--------

24:16

ALPHABLOQUANTS

DOXAZOSINE (MÉSYLATE DE) 

Co.

02240588	Apo-Doxazosin	Apotex	100	14,16 ➔	0,1416
02489937	Jamp-Doxazosin	Jamp	100	14,16 ➔	0,1416
02242728	Teva-Doxazosin	Teva Can	100	14,16 ➔	0,1416

Co.

02240589	Apo-Doxazosin	Apotex	100	16,99 ➔	0,1699
02489945	Jamp-Doxazosin	Jamp	100	16,99 ➔	0,1699
02242729	Teva-Doxazosin	Teva Can	100	16,99 ➔	0,1699

Co.

02240590	Apo-Doxazosin	Apotex	100	22,09 ➔	0,2209
02489953	Jamp-Doxazosin	Jamp	100	22,09 ➔	0,2209
02242730	Teva-Doxazosin	Teva Can	100	22,09 ➔	0,2209

PRAZOSIN (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

+ 00882801	Apo-Prazo	Apotex	100	13,71 ➔	0,1371
* 01934198	Teva-Prazosin	Teva Can	100	13,71 ➔	0,1371

Co.

+ 00882828	Apo-Prazo	Apotex	100	18,62 ➔	0,1862
* 01934201	Teva-Prazosin	Teva Can	100	18,62 ➔	0,1862

Co.

+ 00882836	Apo-Prazo	Apotex	100	25,60 ➔	0,2560
* 01934228	Teva-Prazosin	Teva Can	100	25,60 ➔	0,2560

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02234502	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	1 mg PPB	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 R

Co.

02234503	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	2 mg PPB	23,33 ➡ 0,2333
02243519	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100		23,33 ➡ 0,2333
02230806	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100		23,33 R

Co.

02234504	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	5 mg PPB	67,97 ➡ 0,6797
02243520	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100		67,97 ➡ 0,6797

Co.

02234505	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	10 mg PPB	46,37 ➡ 0,4637
02243521	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100		46,37 ➡ 0,4637
02230808	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100		46,37 R

24:20

BÊTA-BLOQUANTS

ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D') 

Co.

02147602	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	100 mg PPB	18,71 ➡ 0,1871
02204517	<i>Teva-Acébutolol</i>	Teva Can	500		93,55 ➡ 0,1871
			100		18,71 ➡ 0,1871

Co.

02147610	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	200 mg PPB	28,08 ➡ 0,2808
02204525	<i>Teva-Acébutolol</i>	Teva Can	500		140,40 ➡ 0,2808
			100		28,08 ➡ 0,2808

Co.

02147629	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	400 mg PPB	53,48 ➡ 0,5348
02204533	<i>Teva-Acébutolol</i>	Teva Can	100		53,48 ➡ 0,5348

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ATÉNOLOL 

Co.

25 mg PPB					
02369176	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	4,41	► 0,0441
02541564	<i>Atenolol</i>	Sivem	100	4,41	► 0,0441
02367556	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	100	4,41	► 0,0441
02371979	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	100	4,41	► 0,0441
			500	22,05	► 0,0441
02368013	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	100	4,41	► 0,0441
02246581	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	100	4,41	► 0,0441
			500	22,05	► 0,0441
*	<i>02326701 Pro-Atenolol</i>	Pro Doc	100	4,41	► 0,0441
			500	22,05	► 0,0441
02277379	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	100	4,41	► 0,0441
			500	22,05	► 0,0441
02373963	<i>Taro-Atenolol</i>	Sun Pharma	100	4,41	► 0,0441
02266660	<i>Teva-Atenol</i>	Teva Can	100	4,41	► 0,0441

Co.

50 mg PPB					
02369184	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	9,38	► 0,0938
			500	46,90	► 0,0938
00773689	<i>Apo-Atenol</i>	Apotex	30	2,81	► 0,0938
			500	46,90	► 0,0938
02466465	<i>Atenolol</i>	Sanis	100	9,38	► 0,0938
			500	46,90	► 0,0938
02238316	<i>Atenolol</i>	Sivem	30	2,81	► 0,0938
			100	9,38	► 0,0938
02367564	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	30	2,81	► 0,0938
			100	9,38	► 0,0938
02371987	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	30	2,81	► 0,0938
			100	9,38	► 0,0938
02368021	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	30	2,81	► 0,0938
			500	46,90	► 0,0938
02237600	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	100	9,38	► 0,0938
			500	46,90	► 0,0938
*	<i>00828807 Pro-Atenolol</i>	Pro Doc	30	2,81	► 0,0938
			500	46,90	► 0,0938
02242094	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	30	2,81	► 0,0938
			100	9,38	► 0,0938
02267985	<i>Taro-Atenolol</i>	Sun Pharma	30	2,81	► 0,0938
			100	9,38	► 0,0938
02039532	<i>Tenormin</i>	Search Phm	30	17,91	0,5970
02171791	<i>Teva-Atenolol</i>	Teva Can	100	9,38	► 0,0938
			500	46,90	► 0,0938

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			100 mg	PPB	
02369192	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	15,43	► 0,1543
00773697	<i>Apo-Atenol</i>	Apotex	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02466473	<i>Atenolol</i>	Sanis	100	15,43	► 0,1543
02238318	<i>Atenolol</i>	Sivem	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02367572	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02371995	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02368048	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02237601	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
* 00828793	<i>Pro-Atenolol</i>	Pro Doc	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02242093	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02267993	<i>Taro-Atenolol</i>	Sun Pharma	30	4,63	► 0,1543
			100	15,43	► 0,1543
02039540	<i>Tenormin</i>	Search Phm	30	29,44	0,9813
02171805	<i>Teva-Atenolol</i>	Teva Can	100	15,43	► 0,1543
			500	77,15	► 0,1543

BISOPROLOL (FUMARATE DE) □

Co.

			1,25 mg		
02544245	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	1,52	0,0152

Co.

			2,5 mg		
02544253	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	3,03	0,0303

Co.

			5 mg	PPB	
02521156	<i>AG-Bisoprolol</i>	Angita	100	6,06	► 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
+ 02541394	<i>PRZ-Bisoprolol</i>	Pharmaris	28	1,70	► 0,0606
			100	6,06	► 0,0606
* 02471264	<i>Riva-Bisoprolol</i>	Riva	100	6,06	► R
02494035	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	6,06	► 0,0606
02267470	<i>Teva-Bisoprolol</i>	Teva Can	100	6,06	► 0,0606

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				10 mg	PPB
02521164	<i>AG-Bisoprolol</i>	Angita	100	8,85	► 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
+ 02541408	<i>PRZ-Bisoprolol</i>	Pharmaris	28	2,48	► 0,0885
			100	8,85	► 0,0885
* 02471272	<i>Riva-Bisoprolol</i>	Riva	100	8,85	R
02494043	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	8,85	► 0,0885
02267489	<i>Teva-Bisoprolol</i>	Teva Can	100	8,85	► 0,0885

CARVÉDILOL R

Co.

				3,125 mg	PPB
02247933	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	20,60	► 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

Co.

				6,25 mg	PPB
02247934	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	20,60	► 0,2060
02418509	<i>Auro-Carvedilol</i>	AuroPharma	100	20,60	► 0,2060
			1000	206,00	► 0,2060
02324512	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	20,60	► 0,2060
02364921	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	20,60	► 0,2060
02248753	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	20,60	► 0,2060
02368900	<i>Jamp-Carvedilol</i>	Jamp	100	20,60	► 0,2060
02245915	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	20,60	► 0,2060
02252317	<i>Teva-Carvédilol</i>	Teva Can	100	20,60	► 0,2060

Co.

				12,5 mg	PPB
02247935	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	20,60	► 0,2060
02418517	<i>Auro-Carvedilol</i>	AuroPharma	100	20,60	► 0,2060
			1000	206,00	► 0,2060
02324520	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	20,60	► 0,2060
02364948	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	20,60	► 0,2060
02248754	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	20,60	► 0,2060
02368919	<i>Jamp-Carvedilol</i>	Jamp	100	20,60	► 0,2060
02245916	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	20,60	► 0,2060
02252325	<i>Teva-Carvédilol</i>	Teva Can	100	20,60	► 0,2060

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02418525	<i>Auro-Carvedilol</i>	AuroPharma	100	20,60	25 mg PPB ► 0,2060
			1000	206,00	► 0,2060
02324539	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	20,60	► 0,2060
02364956	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	20,60	► 0,2060
02248755	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	20,60	► 0,2060
02368927	<i>Jamp-Carvedilol</i>	Jamp	100	20,60	► 0,2060
02245917	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	20,60	► 0,2060
02252333	<i>Teva-Carvédilol</i>	Teva Can	100	20,60	► 0,2060

LABETALOL (CHLORHYDRATE DE) □

Co.

02243538	<i>Apo-Labetalol</i>	Apotex	100	19,83	100 mg PPB ► 0,1983
02489406	<i>Riva-Labetalol</i>	Riva	100	19,83	► 0,1983
02106272	<i>Trandate</i>	Paladin	100	26,00	0,2600

Co.

02243539	<i>Apo-Labetalol</i>	Apotex	100	35,04	200 mg PPB ► 0,3504
02489414	<i>Riva-Labetalol</i>	Riva	100	35,04	► 0,3504
02106280	<i>Trandate</i>	Paladin	100	45,95	0,4595

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE) □

Co.

02481308	<i>AG-Metoprolol-L</i>	Angita	100	6,43	25 mg PPB ► 0,0643
			500	32,15	► 0,0643
02246010	<i>Apo-Metoprolol</i>	Apotex	100	6,43	► 0,0643
			1000	64,30	► 0,0643
02356813	<i>Jamp-Metoprolol-L</i>	Jamp	100	6,43	► 0,0643
			500	32,15	► 0,0643
02442116	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	6,43	► 0,0643
			500	32,15	► 0,0643
02248855	<i>pms-Metoprolol-L 25 mg</i>	Phmscience	100	6,43	► 0,0643
			500	32,15	► 0,0643
02296713	<i>Pro-Metoprolol</i>	Pro Doc	1000	64,30	► 0,0643
02315300	<i>Riva-Metoprolol-L</i>	Riva	100	6,43	► 0,0643
			500	32,15	► 0,0643
02261898	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	6,43	► 0,0643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
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
00648027	Pro-Metoprolol-L	Pro Doc	1000	124,95	► 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

Co. ou Co. L.A.

				50 mg /100 mg L.A.	PPB
02481316	AG-Metoprolol-L	Angita	100	6,24	► 0,0624
			500	31,19	► 0,0624
00618632	Apo-Metoprolol 50 mg	Apotex	100	6,24	► 0,0624
			1000	62,38	► 0,0624
00749354	Apo-Metoprolol L 50 mg	Apotex	100	6,24	► 0,0624
			1000	62,38	► 0,0624
02356821	Jamp-Metoprolol-L	Jamp	100	6,24	► 0,0624
			500	31,19	► 0,0624
02350394	Metoprolol 50 mg	Sanis	100	6,24	► 0,0624
			500	31,19	► 0,0624
02351404	Metoprolol SR	Pro Doc	100	12,48	R
02442124	Metoprolol-L	Sivem	100	6,24	► 0,0624
			1000	62,38	► 0,0624
02230803	pms-Metoprolol-L	Phmscience	500	31,19	► 0,0624
			1000	62,38	► 0,0624
00648019	Pro-Metoprolol-L	Pro Doc	1000	62,38	► 0,0624
02315319	Riva-Metoprolol-L	Riva	100	6,24	► 0,0624
			500	31,19	► 0,0624
00648035	Teva-Metoprolol	Teva Can	100	6,24	► 0,0624
			500	31,19	► 0,0624
00842648	Teva-Metoprolol	Teva Can	100	6,24	► 0,0624
			500	31,19	► 0,0624

NADOLOL 

Co.

				40 mg	PPB
02496380	Mint-Nadolol	Mint	100	23,75	► 0,2375
00782505	Nadolol	Apotex	100	23,75	► 0,2375

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				80 mg PPB	
02496399 00782467	Mint-Nadolol Nadolol	Mint Apotex	100 100	34,10 34,10	0,3410 0,3410
PINDOLOL R				5 mg PPB	
Co.					
00869007 00417270	Teva-Pindolol Visken	Teva Can Xediton	100 500 100	40,68 203,40 45,71	0,4068 0,4068 0,4571
Co.				10 mg PPB	
00869015 00443174	Teva-Pindolol Visken	Teva Can Xediton	100 500 100	69,47 347,35 78,06	0,6947 0,6947 0,7806
Co.				15 mg	
00869023	Teva-Pindolol	Teva Can	100	97,83	0,9783
PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE R				10 mg -25 mg	
Co.					
00568627	Viskazide 10/25	Xediton	105	80,28	0,7646
PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) R				10 mg	
Co.					
00496480	Teva-Propranolol	Teva Can	100 1000	7,68 76,80	0,0768 0,0768
Co.				20 mg PPB	
02550814 00740675	PRZ-Propranolol Teva-Propranolol	Pharmaris Teva Can	100 100 500	11,19 11,19 55,95	0,1119 0,1119 0,1119
Co.				40 mg PPB	
02550822 00496499	PRZ-Propranolol Teva-Propranolol	Pharmaris Teva Can	100 100 1000	12,39 12,39 123,90	0,1239 0,1239 0,1239
Co.				80 mg PPB	
02550830 00496502	PRZ-Propranolol Teva-Propranolol	Pharmaris Teva Can	100 100 500	20,57 20,57 102,85	0,2057 0,2057 0,2057

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02210428	<i>Apo-Sotalol</i>	Apotex	100	29,66	PPB
02368617	<i>Jamp-Sotalol</i>	Jamp	100	29,66	PPB
			500	148,30	PPB
02238326	<i>pms-Sotalol</i>	Phmscience	100	29,66	PPB
			500	148,30	PPB

Co.

02167794	<i>Apo-Sotalol</i>	Apotex	100	16,23	PPB
02368625	<i>Jamp-Sotalol</i>	Jamp	100	16,23	PPB
			500	81,15	PPB
02238327	<i>pms-Sotalol</i>	Phmscience	100	16,23	PPB
* 02272172	<i>Riva-Sotalol</i>	Riva	100	16,23	R

TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Co.

00755842	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	16,49	5 mg
----------	--------------	-----------	-----	-------	------

Co.

00755850	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	25,72	10 mg
----------	--------------	-----------	-----	-------	-------

Co.

00755869	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	50,05	20 mg
----------	--------------	-----------	-----	-------	-------

24:24

AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02538490	<i>Clonidine</i>	Sivem	100	6,79	0,1 mg PPB
02462192	<i>Mint-Clonidine</i>	Mint	100	6,79	PPB
02515784	<i>Sandoz Clonidine</i>	Sandoz	100	6,79	PPB
02046121	<i>Teva-Clonidine</i>	Teva Can	100	6,79	PPB

Co.

02538504	<i>Clonidine</i>	Sivem	100	12,12	0,2 mg PPB
02462206	<i>Mint-Clonidine</i>	Mint	100	12,12	PPB
02515792	<i>Sandoz Clonidine</i>	Sandoz	100	12,12	PPB
02046148	<i>Teva-Clonidine</i>	Teva Can	100	12,12	PPB

MÉTHYLDOPA 

Co.

00360252	<i>Méthyldopa</i>	AA Pharma	100	9,89	125 mg
----------	-------------------	-----------	-----	------	--------

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

24:28.08

DIHYDROPYRIDINES

AMLODIPINE (BÉSYLATE D') 

Co.

				2,5 mg	PPB	
02297477	<i>ACT Amlodipine</i>	Teva Can	100	7,67		R
02369222	<i>AG-Amlodipine</i>	Angita	100	7,67	►	0,0767
02490781	<i>Amlodipine</i>	Altamed	100	7,67	►	0,0767
02552868	<i>Amlodipine</i>	Angita	100	7,67	►	0,0767
02492199	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	7,67	►	0,0767
02326795	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	100	7,67	►	0,0767
			500	38,35	►	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	►	0,0767
			100	7,67	►	0,0767
02468018	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	100	7,67	►	0,0767
02371707	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcan	100	7,67	►	0,0767
			500	38,35	►	0,0767
+ 02556707	<i>NB-Amlodipine</i>	NB Pharma	100	7,67	►	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
			500	38,35	►	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	►	0,0767
			500	38,35	►	0,0767

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				5 mg	PPB
02297485	<i>ACT Amlodipine</i>	Teva Can	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02369230	<i>AG-Amlodipine</i>	Angita	500	67,15	► 0,1343
02490803	<i>Amlodipine</i>	Altamed	250	33,58	► 0,1343
02552876	<i>Amlodipine</i>	Angita	500	67,15	► 0,1343
02429217	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02326809	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	500	67,15	► 0,1343
02331284	<i>Amlodipine</i>	Sanis	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02385791	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02419564	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100	13,43	► 0,1343
			250	33,58	► 0,1343
02273373	<i>Apo-Amlodipine</i>	Apotex	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02397072	<i>Auro-Amlodipine</i>	AuroPharma	100	13,43	► 0,1343
			250	33,58	► 0,1343
02392135	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02357194	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02468026	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	500	67,15	► 0,1343
02371715	<i>Mar-Amlodipine</i>	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
02556715	<i>NB-Amlodipine</i>	NB Pharma	100	13,43	► 0,1343
00878928	<i>Norvasc</i>	BGP Pharma	100	129,99	1,2999
			250	324,97	1,2999
02476460	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	250	33,58	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02284065	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02522519	<i>PRZ-Amlodipine</i>	Pharmaris	500	67,15	► 0,1343
02331497	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02284383	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343
02321858	<i>Taro-Amlodipine</i>	Sun Pharma	100	13,43	► 0,1343
			500	67,15	► 0,1343

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			10 mg	PPB	
02297493	<i>ACT Amlodipine</i>	Teva Can	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02369249	<i>AG-Amlodipine</i>	Angita	500	99,65	► 0,1993
02490811	<i>Amlodipine</i>	Altamed	250	49,83	► 0,1993
02552884	<i>Amlodipine</i>	Angita	500	99,65	► 0,1993
02429225	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02326817	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	500	99,65	► 0,1993
02331292	<i>Amlodipine</i>	Sanis	500	99,65	► 0,1993
02385805	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02419572	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100	19,93	► 0,1993
			250	49,83	► 0,1993
02273381	<i>Apo-Amlodipine</i>	Apotex	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02397080	<i>Auro-Amlodipine</i>	AuroPharma	100	19,93	► 0,1993
			250	49,83	► 0,1993
02392143	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02357208	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02468034	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	500	99,65	► 0,1993
02371723	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcan	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02362678	<i>Mint-Amlodipine</i>	Mint	100	19,93	► 0,1993
			250	49,83	► 0,1993
02272121	<i>Mylan-Amlodipine</i>	Mylan	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02556723	<i>NB-Amlodipine</i>	NB Pharma	100	19,93	► 0,1993
00878936	<i>Norvasc</i>	BGP Pharma	100	192,96	1,9296
			250	482,39	1,9296
02476479	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	250	49,83	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02284073	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02522527	<i>PRZ-Amlodipine</i>	Pharmaris	500	99,65	► 0,1993
02331500	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02284391	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993
02321866	<i>Taro-Amlodipine</i>	Sun Pharma	100	19,93	► 0,1993
			500	99,65	► 0,1993

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE □

Co.

			5 mg	-10 mg	PPB
02411253	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	58,02	► 0,5802
02273233	<i>Caduet</i>	BGP Pharma	90	67,96	0,7551
02362759	<i>Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin</i>	Mylan	90	52,22	► 0,5802

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02411261	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	5 mg - 20 mg	PPB	
02273241	Caduet	BGP Pharma	100	68,42	0,6842
02362767	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	77,32	0,8591
			90	61,58	0,6842
Co.					
02411288	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	5 mg - 40 mg	PPB	
02273268	Caduet	BGP Pharma	100	72,32	0,7232
02362775	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	80,83	0,8981
			90	65,09	0,7232
Co.					
02411296	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	5 mg - 80 mg	PPB	
02273276	Caduet	BGP Pharma	100	72,32	0,7232
02362783	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	80,83	0,8981
			90	65,09	0,7232
Co.					
02411318	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 10 mg	PPB	
02273284	Caduet	BGP Pharma	100	61,25	0,6125
02362791	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	82,75	0,9194
			90	55,13	0,6125
Co.					
02411326	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 20 mg	PPB	
02273292	Caduet	BGP Pharma	100	76,36	0,7636
02362805	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	92,11	1,0234
			90	68,72	0,7636
Co.					
02411334	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 40 mg	PPB	
02273306	Caduet	BGP Pharma	100	80,00	0,8000
02362813	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	95,62	1,0624
			90	72,00	0,8000
Co.					
02411342	Apo-Amlodipine-Atorvastatin	Apotex	10 mg - 80 mg	PPB	
02273314	Caduet	BGP Pharma	100	80,00	0,8000
02362821	Mylan-Amlodipine/ Atorvastatin	Mylan	90	95,62	1,0624
			90	72,00	0,8000

FÉLODIPINE

Co. L.A.

02452367	Apo-Felodipine	Apotex	2,5 mg	PPB	
02057778	Plendil	GlenwoodPh	100	38,15	0,3815

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.

02452375	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	33,98	5 mg PPB 0,3398
00851779	<i>Plendil</i>	GlenwoodPh	30	20,40	0,6800
02280264	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	33,98	0,3398

Co. L.A.

02452383	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	50,98	10 mg PPB 0,5098
00851787	<i>Plendil</i>	GlenwoodPh	30	30,62	1,0207
02280272	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	50,98	0,5098

NIFÉDIPINE

Caps.

00725110	<i>Nifedipine</i>	AA Pharma	100	36,79	5 mg 0,3679
----------	-------------------	-----------	-----	-------	----------------

Co. L.A. (24 h)

02155907	<i>Adalat XL</i>	Bayer	28	17,28	30 mg PPB 0,6171
02349167	<i>Mylan-Nifedipine Extended Release</i>	Mylan	98	60,48	0,6171
02421631	<i>Nifedipine ER</i>	Pro Doc	100	61,71	0,6171
02533332	<i>pmsc-Nifedipine ER</i>	Phmscience	30	18,51	0,6170
02534843	<i>Pro-Nifedipine ER</i>	Pro Doc	100	61,70	0,6170
			100	61,70	0,6170
			100	61,70	0,6170

Co. L.A. (24 h)

02511460	<i>AG-Nifedipine ER</i>	Angita	100	93,73	60 mg PPB 0,9373
02511711	<i>Jamp Nifedipine ER</i>	Jamp	100	93,73	0,9373
02511649	<i>M-Nifedipine ER</i>	Mantra Ph.	100	93,73	0,9373
02321149	<i>Mylan-Nifedipine Extended Release</i>	Mylan	100	93,74	0,9374
02421658	<i>Nifedipine ER</i>	Pro Doc	30	28,12	0,9373
			100	93,73	0,9373
02416301	<i>pms-Nifedipine ER</i>	Phmscience	30	28,12	0,9373
			100	93,73	0,9373

NIMODIPINE

Co.

*	02325926	<i>Nimotop</i>	Lab X.O	100	30 mg 988,00
---	----------	----------------	---------	-----	-----------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:28.92

INHIBITEURS CALCIQUES, DIVERS

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE) □

Caps. L.A.

120 mg PPB					
02516101	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	21,33	► 0,2133
02495376	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	21,33	► 0,2133
02465353	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	21,33	► 0,2133
02546434	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	21,33	► 0,2133
02271605	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	21,33	► 0,2133
02370441	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	21,33	► 0,2133
02231150	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	83,49	0,8349

Caps. L.A.

180 mg PPB					
02516128	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	28,89	► 0,2889
02495384	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	28,89	► 0,2889
02465361	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	28,89	► 0,2889
02546442	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	28,89	► 0,2889
02271613	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	28,89	► 0,2889
02370492	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	28,89	► 0,2889
02231151	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	112,48	1,1248

Caps. L.A.

240 mg PPB					
02516136	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	38,32	► 0,3832
02495392	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	38,32	► 0,3832
02465388	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	38,32	► 0,3832
02546450	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	38,32	► 0,3832
02271621	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	38,32	► 0,3832
02370506	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	38,32	► 0,3832
02231152	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	149,20	1,4920

Caps. L.A.

300 mg PPB					
02516144	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	47,19	► 0,4719
02495406	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	47,19	► 0,4719
02465396	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	47,19	► 0,4719
02546469	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	47,19	► 0,4719
02271648	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	47,19	► 0,4719
02370514	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	47,19	► 0,4719
02231154	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	183,75	1,8375

Caps. L.A.

360 mg PPB					
02516152	<i>Diltiazem T</i>	Sanis	100	57,78	► 0,5778
02495414	<i>Jamp Diltiazem T</i>	Jamp	100	57,78	► 0,5778
02465418	<i>Mar-Diltiazem T</i>	Marcan	100	57,78	► 0,5778
02546477	<i>M-Diltiazem T</i>	Mantra Ph.	100	57,78	► 0,5778
02271656	<i>Novo-Diltiazem HCl ER</i>	Novopharm	100	57,78	► 0,5778
02370522	<i>Teva-Diltiazem T</i>	Teva Can	100	57,78	► 0,5778
02231155	<i>Tiazac</i>	Bausch H.	100	224,97	2,2497

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)					
02370611	<i>ACT Diltiazem CD</i>	Teva Can	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
02242538	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	35,29	0,3529
			500	176,45	0,3529
Caps. L.A. (24 h)					
02370638	<i>ACT Diltiazem CD</i>	Teva Can	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
02242539	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	46,84	0,4684
			500	234,20	0,4684
Caps. L.A. (24 h)					
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
02242540	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	62,13	0,6213
			500	310,65	0,6213
Caps. L.A. (24 h)					
02370654	<i>ACT Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	77,66	0,7766
02229526	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	100	77,66	0,7766
02400464	<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	100	77,66	0,7766
02446022	<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	100	77,66	0,7766
02528061	<i>Jamp Diltiazem CD</i>	Jamp	100	77,66	0,7766
02484099	<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	100	77,66	0,7766
02546116	<i>M-Diltiazem CD</i>	Mantra Ph.	100	77,66	0,7766
02540959	<i>Pro-Diltiazem CD</i>	Pro Doc	100	77,66	0,7766
02242541	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Teva Can	100	77,66	0,7766

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 00771376	Diltiaz	AA Pharma	100	30 mg 21,68	0,2168
Co. 00771384	Diltiaz	AA Pharma	100	60 mg 38,02	0,3802
Co. L.A. 02256738	Tiazac XC	Bausch H.	90	120 mg 71,39	0,7932
Co. L.A. 02429322 02256746	Teva-Diltiazem XC Tiazac XC	Teva Can Bausch H.	100 90	180 mg PPB 91,95 94,85	0,9195 1,0539
Co. L.A. 02429330 02256754	Teva-Diltiazem XC Tiazac XC	Teva Can Bausch H.	100 90	240 mg PPB 122,12 126,07	1,2212 1,4008
Co. L.A. 02429349 02256762	Teva-Diltiazem XC Tiazac XC	Teva Can Bausch H.	100 90	300 mg PPB 121,75 125,82	1,2175 1,3980
Co. L.A. 02429357 02256770	Teva-Diltiazem XC Tiazac XC	Teva Can Bausch H.	100 90	360 mg PPB 122,11 126,07	1,2211 1,4008
VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) ■					
Co. 00782483	AA-Verap	AA Pharma	100	80 mg 27,35	0,2735
Co. 00782491	AA-Verap	AA Pharma	100	120 mg 42,50	0,4250
Co. L.A. 01907123 02210347	Isoptin SR Mylan-Verapamil SR	BGP Pharma Mylan	100 100	120 mg PPB 101,78 50,78	1,0178 0,5078
Co. L.A. 01934317 02450488	Isoptin SR Mylan-Verapamil SR	BGP Pharma Mylan	100 100	180 mg PPB 114,94 52,04	1,1494 0,5204

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				240 mg PPB	
00742554	<i>Isoptin SR</i>	BGP Pharma	100	153,25	1,5325
02450496	<i>Mylan-Verapamil SR</i>	Mylan	100	50,75	0,5075
			500	253,75	0,5075

24:32.04

**INHIB. ENZYME DE CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE
BÉNAZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE) □**

Co.				5 mg	
02290332	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	100	55,77	0,5577

Co.				10 mg	
02290340	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	100	65,95	0,6595

Co.				20 mg	
02273918	<i>Benazepril</i>	AA Pharma	100	75,67	0,7567

CAPTOPRIL □

Co.				12,5 mg	
01942964	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	10,60	0,1060

Co.				25 mg	
01942972	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	15,00	0,1500

Co.				50 mg	
01942980	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	27,95	0,2795

Co.				100 mg	
01942999	<i>Teva-Captopril</i>	Teva Can	100	51,98	0,5198

Sol. Orale				1 mg/mL (100 mL)	
02543907	<i>Noyada</i>	Ethypharm	1	60,00	

Sol. Orale				5 mg/mL (100 mL)	
02543915	<i>Noyada</i>	Ethypharm	1	65,00	

CILA ZAPRIL □

Co.				1 mg	
02283778	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	34,26	0,3426

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02291142	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	2,5 mg PPB 17,95	0,1795
01911473	<i>Inhibace</i>	Cheplaphar	100	73,23	0,7323
02283786	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	17,95	0,1795

Co.

02291150	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	5 mg PPB 20,85	0,2085
01911481	<i>Inhibace</i>	Cheplaphar	100	85,08	0,8508
02283794	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	20,85	0,2085

CILAZAPRIL / HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.

02284987	<i>Apo-Cilazapril - HCTZ</i>	Apotex	100	5 mg - 12,5 mg PPB 41,70	0,4170
02181479	<i>Inhibace Plus</i>	Cheplaphar	28	23,82	0,8507
* 02313731	<i>Teva-Cilazapril/HCTZ</i>	Teva Can	100	41,70	R

ÉNALAPRIL (MALÉATE D') 

Co.

02291878	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	2,5 mg PPB 18,63	0,1863
02020025	<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	100	18,63	0,1863
02400650	<i>Enalapril</i>	Sanis	100	18,63	0,1863
02442957	<i>Enalapril</i>	Sivem	100	18,63	0,1863
02474786	<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	100	18,63	0,1863
02459450	<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	100	18,63	0,1863
02311402	<i>Pro-Enalapril-2,5</i>	Pro Doc	100	18,63	0,1863
02299933	<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	100	18,63	0,1863
02352230	<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	100	18,63	0,1863

Co.

02291886	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	100	5 mg PPB 22,03	0,2203
02019884	<i>Apo-Enalapril</i>	Apotex	100	22,03	0,2203
02400669	<i>Enalapril</i>	Sanis	100	22,03	0,2203
02442965	<i>Enalapril</i>	Sivem	100	22,03	0,2203
02474794	<i>Jamp-Enalapril</i>	Jamp	100	22,03	0,2203
			500	110,15	0,2203
02459469	<i>Mar-Enalapril</i>	Marcan	100	22,03	0,2203
			500	110,15	0,2203
02311410	<i>Pro-Enalapril-5</i>	Pro Doc	100	22,03	0,2203
02299941	<i>Sandoz Enalapril</i>	Sandoz	100	22,03	0,2203
02352249	<i>Taro-Enalapril</i>	Sun Pharma	100	22,03	0,2203
00708879	<i>Vasotec</i>	Organon	28	12,52	0,4471

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				10 mg	PPB
02291894	<i>ACT Enalapril</i>	Teva Can	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	R
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.

			20 mg	PPB	
02266016	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	26,19	► 0,2619
02459396	<i>Fosinopril</i>	Sanis	100	26,19	► 0,2619
02303019	<i>Fosinopril-20</i>	Pro Doc	100	26,19	R
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.

			5 mg	PPB	
02217481	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	13,47	► 0,1347
			500	67,33	► 0,1347
02394472	<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	100	13,47	► 0,1347
			500	67,33	► 0,1347
02361531	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	13,47	► 0,1347
02386232	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	13,47	► 0,1347
02525186	<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	100	13,47	► 0,1347
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
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.

			10 mg	PPB	
02217503	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	16,19	► 0,1619
			500	80,93	► 0,1619
02394480	<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	100	16,19	► 0,1619
			500	80,93	► 0,1619
02361558	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	16,19	► 0,1619
			500	80,93	► 0,1619
02386240	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	16,19	► 0,1619
02525194	<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	100	16,19	► 0,1619
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	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02394499	<i>Auro-Lisinopril</i>	AuroPharma	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02361566	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02386259	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	19,45	► 0,1945
02525208	<i>Lisinopril (TYPE Z)</i>	Sanis	100	19,45	► 0,1945
02310996	<i>Pro-Lisinopril-20</i>	Pro Doc	100	19,45	► 0,1945
02294257	<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	100	19,45	► 0,1945
			500	97,24	► 0,1945
02285134	<i>Teva-Lisinopril (Type Z)</i>	Teva Can	30	5,83	► 0,1945
			100	19,45	► 0,1945
02049384	<i>Zestril</i>	Atnahs	100	80,78	0,8078

LISINOPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE □

Co.

				10 mg -12,5 mg	PPB
02362945	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	30	6,25	► 0,2083
			100	20,83	► 0,2083
02302136	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	30	6,25	► 0,2083
			100	20,83	► 0,2083
02302365	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	30	6,25	► 0,2083
			100	20,83	► 0,2083
02301768	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Teva Can	100	20,83	► 0,2083
02103729	<i>Zestoretic</i>	Atnahs	100	86,54	0,8654

Co.

				20 mg -12,5 mg	PPB
02362953	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	100	25,03	► 0,2503
02302144	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	100	25,03	► 0,2503
02302373	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02301776	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Teva Can	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02045737	<i>Zestoretic</i>	Atnahs	100	104,00	1,0400

Co.

				20 mg -25 mg	PPB
02362961	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02302152	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	100	25,03	► 0,2503
02302381	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02301784	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Teva Can	30	7,51	► 0,2503
			100	25,03	► 0,2503
02045729	<i>Zestoretic</i>	Atnahs	100	104,00	1,0400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PÉRINDOPRIL ERBUMINE 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.	30	4,90 ➔	0,1632
			100	16,32 ➔	0,1632
02555697	<i>NB-Perindopril</i>	NB Pharma	30	4,90 ➔	0,1632
			100	16,32 ➔	0,1632
02489015	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	30	4,90 ➔	0,1632
			100	16,32 ➔	0,1632
02488949	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	4,90 ➔	0,1632
			100	16,32 ➔	0,1632
02481634	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	16,32 ➔	0,1632
			500	81,60 ➔	0,1632
02479877	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	4,90 ➔	0,1632
			100	16,32 ➔	0,1632
02470675	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	4,90 ➔	0,1632
			500	81,60 ➔	0,1632
02472015	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	4,90 ➔	0,1632
			100	16,32 ➔	0,1632
02470225	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	4,90 ➔	0,1632
			100	16,32 ➔	0,1632
02464985	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	16,32 ➔	0,1632

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			4 mg	PPB	
02481685	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	20,42	► 0,2042
02529505	<i>AG-Perindopril Erbumine</i>	Angita	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02289288	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02459825	<i>Auro-Perindopril</i>	AuroPharma	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02501317	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	20,42	► 0,2042
02123282	<i>Coversyl</i>	Servier	30	23,60	0,7867
02527219	<i>Jamp Perindopril Erbumine</i>	Jamp	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02477017	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	20,42	► 0,2042
02474832	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	20,42	► 0,2042
			500	102,10	► 0,2042
02476770	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	20,42	► 0,2042
02482932	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02555700	<i>NB-Perindopril</i>	NB Pharma	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02489023	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02488957	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02481642	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	20,42	► 0,2042
			500	102,10	► 0,2042
02479885	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02470683	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	6,13	► 0,2042
			500	102,10	► 0,2042
02472023	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02470233	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	6,13	► 0,2042
			100	20,42	► 0,2042
02464993	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	20,42	► 0,2042

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				8 mg	PPB
02481693	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	28,30	► 0,2830
02529513	<i>AG-Perindopril Erbumine</i>	Angita	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02289296	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02459833	<i>Auro-Perindopril</i>	AuroPharma	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02501325	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	28,30	► 0,2830
02246624	<i>Coversyl</i>	Servier	30	33,05	1,1017
02527227	<i>Jamp Perindopril Erbumine</i>	Jamp	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02477025	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	28,30	► 0,2830
02474840	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	28,31	0,2831
			500	141,55	0,2831
02476789	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	28,30	► 0,2830
02482940	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02555719	<i>NB-Perindopril</i>	NB Pharma	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02489031	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02488965	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02481650	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	28,30	► 0,2830
			500	141,50	0,2830
02479893	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02470691	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	8,49	► 0,2830
			500	141,50	► 0,2830
02472031	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02470241	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	8,49	► 0,2830
			100	28,30	► 0,2830
02465000	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	28,30	► 0,2830

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/Indapamide</i>	Pro Doc	30	7,67	► 0,2556
			100	25,56	► 0,2556
02479834	<i>Perindopril Erbumine/Indapamide</i>	Sivem	30	7,67	► 0,2556
			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 Erbumine/Indapamide</i>	Sandoz	30	7,67	► 0,2556
			100	25,56	► 0,2556
02464020	<i>Teva-Perindopril/Indapamide</i>	Teva Can	100	25,56	► 0,2556

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02453061	Apo-Perindopril-Indapamide	Apotex	30	8,58	8 mg - 2,5 mg PPB
			100	28,59	► 0,2859
02321653	Coversyl Plus HD	Servier	30	32,76	1,0920
02523043	Perindopril Erbumine/ Indapamide HD	Pro Doc	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02479842	Perindopril Erbumine/ Indapamide HD	Sivem	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02519739	Perindopril/Indapamide	Sanis	100	28,59	► 0,2859
02537982	pms-Perindopril-Indapamide	Phmscience	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02470446	Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide HD	Sandoz	30	8,58	► 0,2859
			100	28,59	► 0,2859
02464039	Teva-Perindopril/ Indapamide	Teva Can	100	28,59	► 0,2859

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) □

Co.

02248499	Apo-Quinapril	Apotex	100	5 mg PPB
02340550	pms-Quinapril	Phmscience	100	22,78 ► 0,2278

Co.

02248500	Apo-Quinapril	Apotex	100	10 mg PPB
02517450	JAMP Quinapril	Jamp	100	22,78 ► 0,2278
02340569	pms-Quinapril	Phmscience	100	22,78 ► 0,2278

Co.

02517469	JAMP Quinapril	Jamp	100	20 mg PPB
02340577	pms-Quinapril	Phmscience	100	46,42 ► 0,4642

Co.

02517477	JAMP Quinapril	Jamp	100	40 mg PPB
02340585	pms-Quinapril	Phmscience	100	46,42 ► 0,4642

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE □

Co.

02408767	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28	10 mg -12,5 mg PPB
			90	21,54 ► 0,2393
02473291	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28	6,70 ► 0,2393
			90	21,54 ► 0,2393
02547430	JAMP Quinapril / HCTZ	Jamp	30	7,18 ► 0,2393
			100	23,93 ► 0,2393

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02408775	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28 90	13,40 43,07	► 0,4786 ► 0,4786
02473305	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28 90	13,40 43,07	► 0,4786 ► 0,4786

Co.

02408783	Apo-Quinapril/HCTZ	Apotex	28 90	6,44 20,71	► 0,2301 ► 0,2301
02473321	Auro-Quinapril HCTZ	AuroPharma	28 90	6,44 20,71	► 0,2301 ► 0,2301
02547449	JAMP Quinapril / HCTZ	Jamp	30 100	6,90 23,01	► 0,2301 ► 0,2301

RAMIPRIL

Caps.

02221829	Altace	Bausch H.	30	20,97	0,6990
02251515	Apo-Ramipril	Apotex	100	7,07	► 0,0707
02387387	Auro-Ramipril	AuroPharma	30 100	2,12 7,07	► 0,0707 ► 0,0707
02331101	Jamp-Ramipril	Jamp	30 100	2,12 7,07	► 0,0707 ► 0,0707
02420457	Mar-Ramipril	Marcan	30	2,12	► 0,0707
02469057	Pharma-Ramipril	Phmscience	30	2,12	► 0,0707
02550202	pmsc-Ramipril	Phmscience	30	2,12	► 0,0707
02310023	Pro-Ramipril	Pro Doc	30 100	2,12 7,07	► 0,0707 ► 0,0707
02308363	Ramipril	Sivem	100	7,07	► 0,0707
02310503	Taro-Ramipril	Sun Pharma	30	2,12	► 0,0707

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

			2,5 mg	PPB	
02477572	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	8,17 ➡	0,0817
02221837	<i>Altace</i>	Bausch H.	30	24,20	0,8066
			100	80,66	0,8066
02251531	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	2,45 ➡	0,0817
			100	8,17 ➡	0,0817
02387395	<i>Auro-Ramipril</i>	AuroPharma	30	2,45 ➡	0,0817
			100	8,17 ➡	0,0817
02331128	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	2,45 ➡	0,0817
			100	8,17 ➡	0,0817
02420465	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	2,45 ➡	0,0817
			100	8,17 ➡	0,0817
02421305	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	8,17 ➡	0,0817
02486172	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	8,17 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02469065	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02550210	<i>pmsc-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02310066	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02255316	<i>Ramipril</i>	Riva	30	2,45 ➡	0,0817
			100	8,17 ➡	0,0817
02374846	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	8,17 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02287927	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	2,45 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02310511	<i>Taro-Ramipril</i>	Sun Pharma	100	8,17 ➡	0,0817
			500	40,83 ➡	0,0817
02247945	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	30	2,45 ➡	0,0817
			100	8,17 ➡	0,0817

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

				5 mg	PPB
02477580	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	8,17	► 0,0817
02221845	<i>Altace</i>	Bausch H.	30	24,20	0,8066
			100	80,66	0,8066
02251574	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	2,45	► 0,0817
			100	8,17	► 0,0817
02387409	<i>Auro-Ramipril</i>	AuroPharma	30	2,45	► 0,0817
			100	8,17	► 0,0817
02331136	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	2,45	► 0,0817
			100	8,17	► 0,0817
02420473	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	2,45	► 0,0817
			100	8,17	► 0,0817
02421313	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	8,17	► 0,0817
02486180	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	8,17	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02469073	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02550229	<i>pmsc-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02310074	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02255324	<i>Ramipril</i>	Riva	30	2,45	► 0,0817
			100	8,17	► 0,0817
02374854	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	8,17	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02287935	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	2,45	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02310538	<i>Taro-Ramipril</i>	Sun Pharma	100	8,17	► 0,0817
			500	40,83	► 0,0817
02247946	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	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
02550237	<i>pmsc-Ramipril</i>	Phmscience	30	3,10	► 0,1034
			500	51,70	► 0,1034
02310104	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	3,10	► 0,1034
			500	51,70	► 0,1034
02255332	<i>Ramipril</i>	Riva	30	3,10	► 0,1034
			100	10,34	► 0,1034
02374862	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	10,34	► 0,1034
			500	51,70	► 0,1034
02287943	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	3,10	► 0,1034
			500	51,70	► 0,1034
02310546	<i>Taro-Ramipril</i>	Sun Pharma	100	10,34	► 0,1034
			500	51,70	► 0,1034
02247947	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	30	3,10	► 0,1034
			100	10,34	► 0,1034

Caps.

				15 mg	PPB
02281112	<i>Altace</i>	Bausch H.	30	33,68	1,1227
			100	112,27	1,1227
02325381	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	17,57	► 0,5855
			100	58,55	► 0,5855
02440334	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	100	58,55	► 0,5855
02420503	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	17,57	► 0,5855
			100	58,55	► 0,5855
02421348	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	58,55	► 0,5855

RAMIPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

				2,5 mg - 12,5 mg	PPB
02283131	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	8,37	0,2989
02449439	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	14,95	► 0,1495

Co.

				5 mg -12,5 mg	PPB
02283158	<i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	10,72	0,3829
02449447	<i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	20,11	► 0,2011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				5 mg - 25 mg	PPB
	02283174 <i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	10,72	
	02449463 <i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	19,15	⇒ 0,1915

Co.				10 mg - 12,5 mg	PPB
	02283166 <i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	13,65	
	02342154 <i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	3,95	⇒ 0,1317
			100	13,17	⇒ 0,1317
	02449455 <i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	13,17	⇒ 0,1317

Co.				10 mg - 25 mg	PPB
	02283182 <i>Altace HCT</i>	Bausch H.	28	13,65	
	02342170 <i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	3,95	⇒ 0,1317
			100	13,17	⇒ 0,1317
	02449471 <i>Taro-Ramipril HCTZ</i>	Sun Pharma	100	13,17	⇒ 0,1317

TRANDOLAPRIL

Caps.

				0,5 mg	PPB
	02471868 <i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	6,98	⇒ 0,0698
	02231457 <i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	27,33	0,2733
	02357755 <i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	6,98	⇒ 0,0698
	02325721 <i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	6,98	⇒ 0,0698
	02415429 <i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	6,98	⇒ 0,0698

Caps.

				1 mg	PPB
	02471876 <i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	17,62	⇒ 0,1762
	02231459 <i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	67,00	0,6700
	02357763 <i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	17,62	⇒ 0,1762
	02325748 <i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	17,62	⇒ 0,1762
	02415437 <i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	17,62	⇒ 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.

				2 mg	PPB
	02471884 <i>Auro-Trandolapril</i>	AuroPharma	100	20,25	⇒ 0,2025
	02231460 <i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	77,00	0,7700
	02357771 <i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	20,25	⇒ 0,2025
	02325756 <i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	20,25	⇒ 0,2025
	02415445 <i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	20,25	⇒ 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	Auro-Trandolapril	AuroPharma	100	24,98	► 0,2498
02239267	Mavik	BGP Pharma	100	95,00	0,9500
02357798	pms-Trandolapril	Phmscience	100	24,98	► 0,2498
02325764	Sandoz Trandolapril	Sandoz	100	24,98	► 0,2498
02415453	Teva-Trandolapril	Teva Can	100	24,98	► 0,2498
02488728	Trandolapril	Pro Doc	100	24,98	► 0,2498
02525070	Trandolapril	Sanis	100	24,98	► 0,2498
02526581	Trandolapril	Sivem	100	24,98	► 0,2498

24:32.08

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

CANDÉSARTAN CILEXÉTIL ■

Co.

			8 mg	PPB	
02484773	AG-Candesartan	Angita	100	22,58	► 0,2258
02500795	AG-Candesartan	Angita	100	22,58	► 0,2258
02365359	Apo-Candesartan	Apotex	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02541297	Apo-Candesartan Tablets	Apotex	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02239091	Atacand	Cheplaphar	30	35,52	1,1840
02445794	Auro-Candesartan	AuroPharma	90	20,32	► 0,2258
			500	112,90	► 0,2258
02377934	Candesartan	Pro Doc	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02388928	Candesartan	Sanis	100	22,58	► 0,2258
			500	112,90	► 0,2258
02388707	Candesartan	Sivem	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02379279	Candésartan cilexétil	Accord	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02386518	Jamp-Candesartan	Jamp	100	22,58	► 0,2258
02476916	Mint-Candesartan	Mint	100	22,58	► 0,2258
02527014	NRA-Candesartan	Nora	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02391198	pms-Candesartan	Phmscience	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02326965	Sandoz Candesartan	Sandoz	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258
02380692	Taro-Candesartan	Sun Pharma	100	22,58	► 0,2258
02366312	Teva Candesartan	Teva Can	30	6,77	► 0,2258
			100	22,58	► 0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
				16 mg	PPB
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.					
				32 mg	PPB
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.

			400 mg		
* 02240432	<i>Teveten</i>	BGP Pharma	28	19,81	R

Co.

			600 mg		
* 02243942	<i>Teveten</i>	BGP Pharma	28	30,34	R

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	R
------------	--------------	------------	----	---------------------------	---

IRBÉSARTAN 

Co.

				75 mg	PPB
02548216	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	100	22,81	► 0,2281
02365197	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	► 0,2281
02372347	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	► 0,2281
02385287	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	► 0,2281
02545225	<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	100	22,81	► 0,2281
02418193	<i>Jamp-Irbesartan</i>	Jamp	28	6,39	► 0,2281
			100	22,81	► 0,2281
02422980	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	► 0,2281
02524813	<i>M-Irbesartan</i>	Mantra Ph.	100	22,81	► 0,2281
02317060	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	► 0,2281
02524732	<i>Riva-Irbesartan</i>	Riva	30	6,84	► 0,2281
			100	22,81	► 0,2281
02328461	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	► 0,2281
02406810	<i>Taro-Irbesartan</i>	Sun Pharma	100	22,81	► 0,2281
02316390	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	► 0,2281

Co.

				150 mg	PPB
02548224	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	500	114,05	► 0,2281
02237924	<i>Avapro</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365200	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	► 0,2281
02372371	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	► 0,2281
02385295	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	► 0,2281
02545233	<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	100	22,81	► 0,2281
			500	114,05	► 0,2281
02418207	<i>Jamp-Irbesartan</i>	Jamp	28	6,39	► 0,2281
			100	22,81	► 0,2281
02422999	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	► 0,2281
02524821	<i>M-Irbesartan</i>	Mantra Ph.	100	22,81	► 0,2281
02317079	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	► 0,2281
			500	114,05	► 0,2281
02524740	<i>Riva-Irbesartan</i>	Riva	30	6,84	► 0,2281
			100	22,81	► 0,2281
02328488	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	► 0,2281
			500	114,05	► 0,2281
02406829	<i>Taro-Irbesartan</i>	Sun Pharma	100	22,81	► 0,2281
			500	114,05	► 0,2281
02316404	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	► 0,2281

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			300 mg	PPB	
02548232	<i>AG-Irbesartan</i>	Angita	500	114,05	► 0,2281
02237925	<i>Avapro</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02365219	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	► 0,2281
02372398	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	► 0,2281
02385309	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	► 0,2281
02545241	<i>JAMP Irbesartan</i>	Jamp	100	22,81	► 0,2281
			500	114,05	► 0,2281
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

IRBÉSARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.

			150 mg- 12,5 mg	PPB	
02241818	<i>Avalide</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02385317	<i>Irbesartan HCT</i>	Sivem	100	22,81	► 0,2281
02372886	<i>Irbesartan HCTZ</i>	Sanis	100	22,81	► 0,2281
02365162	<i>Irbesartan-HCTZ</i>	Pro Doc	100	22,81	► 0,2281
02418223	<i>Jamp-Irbesartan & 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 & 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 & 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
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
02395525	<i>Pro-Telmisartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02393557	<i>Sandoz Telmisartan HCT</i>	Sandoz	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02433214	<i>Telmisartan - HCTZ</i>	Phmscience	100	20,98	► 0,2098
02390302	<i>Telmisartan HCTZ</i>	Sivem	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02395355	<i>Telmisartan/ HCTZ</i>	Sanis	100	20,98	► 0,2098
02419114	<i>Telmisartan/ Hydrochlorothiazide</i>	Accord	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098
02330288	<i>Teva Telmisartan HCTZ</i>	Teva Can	30	6,29	► 0,2098
			100	20,98	► 0,2098

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
02395533	Pro-Telmisartan - HCTZ	Pro Doc	30	6,29	► 0,2098
			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
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	PPB
+ 02559854	Riva-Telmisartan/ Amlodipine	Riva	30	18,29	► 0,6096
* 02371022	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.

				40 mg - 10 mg	PPB
02559862	Riva-Telmisartan/ Amlodipine	Riva	30	20,45	► 0,6817
02371030	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.

				80 mg -5 mg	PPB
02473488	AA-Telmisartan-Amlodipine	AA Pharma	100	54,72	0,5472
+ 02559870	Riva-Telmisartan/ Amlodipine	Riva	30	10,94	► 0,3648
* 02371049	Twynsta	Bo. Ing.	28	10,21	► 0,3648

Co.

				80 mg - 10 mg	PPB
02473496	AA-Telmisartan-Amlodipine	AA Pharma	100	54,72	0,5472
+ 02559889	Riva-Telmisartan/ Amlodipine	Riva	30	10,94	► 0,3648
* 02371057	Twynsta	Bo. Ing.	28	10,21	► 0,3648

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
24:32.20					
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTÉRONE					
SPIRONOLACTONE					
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

AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

- 28:08 analgésiques et antipyrétiques**
28:08.04 agents anti-inflammatoires non corticoïdes
28:08.08 agonistes des opioïdes
28:08.12 agonistes partiels des opioïdes
28:08.92 analgésiques et antipyrétiques, divers
- 28:10 antagonistes des opioïdes**
28:12 anticonvulsivants
28:12.04 barbituriques
28:12.08 benzodiazépines
28:12.12 hydantoines
28:12.20 succinimides
28:12.28 anticonvulsivants médiés par le gaba
28:12.92 anticonvulsivants, divers
- 28:16 agents psychothérapeutiques**
28:16.04 antidépresseurs
28:16.08 antipsychotiques
- 28:20 agents anorexigènes et stimul. respirat. et du snc**
28:20.04 amphétamines
28:20.32 stimulants respiratoires et du snc
- 28:24 anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques**
28:24.08 benzodiazépines
28:24.92 anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques; divers
- 28:28 agents anti-maniaques**
28:32 agents anticéphalée
28:32.28 agonistes sélectifs de la sérotonine
28:32.92 agents anticéphalée, divers
- 28:36 agents antiparkinsoniens**
28:36.04 adamantanes
28:36.08 agents anticholinergiques
28:36.12 inhib. catéchol-o-méthyl-transférase (comt)
28:36.16 précurseurs de la dopamine
28:36.20 agonistes des récepteurs de la dopamine
28:36.32 inhibiteurs de la monoamine oxydase b
- 28:92 agents du système nerveux central, divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:08.04

**AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES NON CORTICOÏDES
ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)**

Co. Ent.

02010526	Jamp-AAS EC	Jamp	500	325 mg	PPB
02284529	pms-ASA EC	Phmscience	1000	13,98	⇒ 0,0280 R

Co. ou Co.Ent ou Co.Croq

02427176	ASA EC (80 mg)	Sanis	500	80 mg ou 81 mg	PPB
02009013	Asaphen	Phmscience	100	26,50	⇒ 0,0530
			500	5,30	⇒ 0,0530
			500	26,50	⇒ 0,0530
02238545	Asaphen E.C.	Phmscience	500	26,50	⇒ 0,0530
			1000	53,00	⇒ 0,0530
02280167	Asatab	Odan	100	5,30	R
			500	26,50	R
02515687	Bio-ASA	Biomed	500	26,50	⇒ 0,0530
02283905	Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)	Jamp	1000	53,00	⇒ 0,0530
02269139	Jamp-A.A.S. (Co.Croq.)	Jamp	500	26,50	⇒ 0,0530
			1000	53,00	⇒ 0,0530
02427206	Jamp-ASA 81 mg EC	Jamp	300	15,90	⇒ 0,0530
			1000	53,00	⇒ 0,0530
02429950	M-ASA 80 mg croquable	Mantra Ph.	500	26,50	⇒ 0,0530
02250675	NRA-ASA 80 mg croquable	Nora	500	26,50	⇒ 0,0530
02311496	Pro-AAS EC-80	Pro Doc	1000	53,00	⇒ 0,0530
02311518	Pro-AAS-80 (croquable)	Pro Doc	500	26,50	⇒ 0,0530
02202352	Rivasa (Co. Croq.)	Riva	100	5,30	⇒ 0,0530
			500	26,50	⇒ 0,0530
02485222	Rivasa 80 mg EC	Riva	1000	53,00	⇒ 0,0530
02420279	Rivasa 81 mg EC	Riva	1000	53,00	⇒ 0,0530
02202360	Rivasa FC (Co.)	Riva	100	5,30	⇒ 0,0530
			1000	53,00	⇒ 0,0530

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CÉLÉCOXIB 

Caps.

				100 mg	PPB
02437570	<i>AG-Celecoxib</i>	Angita	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279
02418932	<i>Apo-Celecoxib</i>	Apotex	100	12,79	► 0,1279
02445670	<i>Auro-Celecoxib</i>	AuroPharma	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279
02426382	<i>Bio-Celecoxib</i>	Biomed	100	12,79	► 0,1279
02239941	<i>Celebrex</i>	BGP Pharma	100	67,58	0,6758
02424371	<i>Celecoxib</i>	Pro Doc	500	63,95	► 0,1279
02436299	<i>Celecoxib</i>	Sanis	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279
02429675	<i>Celecoxib</i>	Sivem	100	12,79	► 0,1279
02424533	<i>Jamp-Celecoxib</i>	Jamp	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279
02420058	<i>Mar-Celecoxib</i>	Marcan	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279
02495465	<i>M-Celecoxib</i>	Mantra Ph.	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279
02412497	<i>Mint-Celecoxib</i>	Mint	100	12,79	► 0,1279
02479737	<i>NRA-Celecoxib</i>	Nora	100	12,79	► 0,1279
02517116	<i>pmsc-Celecoxib</i>	Phmscience	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279
02425386	<i>Riva-Celecox</i>	Riva	100	12,79	► 0,1279
			500	63,95	► 0,1279

Caps.

				200 mg	PPB
02437589	<i>AG-Celecoxib</i>	Angita	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02418940	<i>Apo-Celecoxib</i>	Apotex	100	25,58	► 0,2558
02445689	<i>Auro-Celecoxib</i>	AuroPharma	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02426390	<i>Bio-Celecoxib</i>	Biomed	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02239942	<i>Celebrex</i>	BGP Pharma	100	135,15	1,3515
02424398	<i>Celecoxib</i>	Pro Doc	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02436302	<i>Celecoxib</i>	Sanis	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02429683	<i>Celecoxib</i>	Sivem	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02424541	<i>Jamp-Celecoxib</i>	Jamp	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02420066	<i>Mar-Celecoxib</i>	Marcan	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02495473	<i>M-Celecoxib</i>	Mantra Ph.	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02412500	<i>Mint-Celecoxib</i>	Mint	100	25,58	► 0,2558
02479745	<i>NRA-Celecoxib</i>	Nora	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02517124	<i>pmsc-Celecoxib</i>	Phmscience	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558
02425394	<i>Riva-Celecox</i>	Riva	100	25,58	► 0,2558
			500	127,90	► 0,2558

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DICLOFÉNAC (POTASSIQUE OU SODIQUE) 

Co - Co Ent ou Co LA

50 mg /50 mg L.A. /100 mg L.A. **PPB**

00839183	Apo-Diclo 50 mg	Apotex	100	20,24	0,2024
			500	101,20	0,2024
02091194	Apo-Diclo SR 100 mg	Apotex	100	110,53	1,1053
00808547	Novo-Difenac 50 mg	Novopharm	100	20,24	0,2024
			500	101,20	0,2024
02302624	pms-Diclofenac 50 mg	Phmscience	100	20,24	0,2024
			500	101,20	0,2024
00870978	Pro-Diclofenac	Pro Doc	100	20,24	0,2024
02261774	Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg	Sandoz	100	20,24	0,2024
002239355	Teva-Diclofenac K	Teva Can	100	20,24	0,2024
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
02302616	pms-Diclofenac 25 mg	Phmscience	100	7,73	0,0773
00808539	Teva-Diclofenac EC	Teva Can	100	7,73	0,0773

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

FLURBIPROFÈNE 

Co.

50 mg

01912046	Flurbiprofen	AA Pharma	100	22,21	0,2221
----------	--------------	-----------	-----	-------	--------

Co.

100 mg

01912038	Flurbiprofen	AA Pharma	100	30,39	0,3039
----------	--------------	-----------	-----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

IBUPROFÈNE

Co.

00441643	<i>Apo-Ibuprofen</i>	Apotex	200 mg	PPB	
02368072	<i>Comprimés d'ibuprofène</i>	Jamp	1000	30,90	0,0309
02257912	<i>Ibuprofen</i>	Jamp	100	3,09	0,0309
			100	3,09	0,0309
02272849	<i>Jamp-Ibuprofène</i>	Jamp	500	15,45	0,0309
			100	3,09	0,0309

Co.

02317338	<i>Ibuprofen</i>	Jamp	400 mg		
			300	11,16	0,0372
			1000	37,20	0,0372

Susp. Orale

02354799	<i>Europrofen</i>	Pendopharm	100 mg/5 mL		
			120 ml	6,49	R

INDOMÉTHACINE

Caps.

02461811	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	25 mg	PPB	
00337420	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100	15,19	0,1519
			100	15,19	0,1519
			1000	151,90	0,1519

Caps.

02461536	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	50 mg	PPB	
00337439	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100	24,69	0,2469
			100	24,69	0,2469
			500	123,45	0,2469

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

MÉLOXICAM

Co.

02248973	<i>Apo-Méloxicam</i>	Apotex	7,5 mg	PPB	
02390884	<i>Auro-Meloxicam</i>	AuroPharma	100	20,03	0,2003
			30	6,01	0,2003
			100	20,03	0,2003
02353148	<i>Meloxicam</i>	Sanis	100	20,03	0,2003
02248267	<i>pms-Méloxicam</i>	Phmscience	100	20,03	0,2003
02258315	<i>Teva-Meloxicam</i>	Teva Can	30	6,01	0,2003
			100	20,03	0,2003

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02248974	<i>Apo-Méloxicam</i>	Apotex	100	23,10	15 mg PPB
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.

00522651	<i>Apo-Naproxen 250 mg</i>	Apotex	100	10,68	250 mg PPB
02246699	<i>Apo-Naproxen EC</i>	Apotex	100	10,68	► 0,1068
00590762	<i>Naproxen-250</i>	Pro Doc	100	10,68	R
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.

00592277	<i>Apo-Naproxen</i>	Apotex	100	21,10	500 mg PPB
			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
00618721	<i>Naproxen-500</i>	Pro Doc	500	105,50	R
02310953	<i>Pro-Naproxen EC</i>	Pro Doc	100	21,10	► 0,2110
00589861	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	21,10	► 0,2110
			500	105,50	► 0,2110
02243314	<i>Teva-Naproxen EC</i>	Teva Can	100	21,10	► 0,2110

Co. ou Co. Ent.

00600806	<i>Apo-Naproxen 375 mg</i>	Apotex	100	14,58	375 mg PPB
			500	72,90	► 0,1458
02246700	<i>Apo-Naproxen EC 375 mg</i>	Apotex	100	29,45	0,2945
00655686	<i>Naproxen-375</i>	Pro Doc	100	14,58	R
00627097	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	14,58	► 0,1458
			500	72,90	► 0,1458
02243313	<i>Teva-Naproxen EC</i>	Teva Can	100	14,58	► 0,1458

Susp. Orale

02162431	<i>Pediapharm Naproxen Suspension</i>	Medexus	474 ml	25 mg/mL	
				45,00	0,0949

PIROXICAM

Caps.

00695718	<i>Teva-Piroxicam</i>	Teva Can	100	10 mg	
				22,13	0,2213

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				20 mg	
00695696	Teva-Piroxicam	Teva Can	100	37,11	0,3711
SULINDAC				150 mg	
Co.					
00745588	Teva-Sulindac	Teva Can	100	38,24	0,3824
Co.				200 mg	
00745596	Teva-Sulindac	Teva Can	100	39,20	0,3920
TIAPROFÉNIQUE (ACIDE)				200 mg	
Co.					
02179679	Teva-Tiaprofenic	Teva Can	100	34,37	0,3437
Co.				300 mg	
02179687	Teva-Tiaprofenic	Teva Can	100	32,57	0,3257
28:08.08					
AGONISTES DES OPIOÏDES					
CODÉINE (BASE ET SULFATE)					
Co. L.A.				50 mg	
02230302	Codéine Contin	Purdue	60	18,60	0,3100
Co. L.A.				100 mg	
02163748	Codéine Contin	Purdue	60	37,20	0,6200
Co. L.A.				150 mg	
02163780	Codéine Contin	Purdue	60	56,28	0,9380
Co. L.A.				200 mg	
02163799	Codéine Contin	Purdue	60	74,46	1,2410
CODÉINE (PHOSPHATE DE)					
Co.				30 mg PPB	
02009757	Codéine	Riva	100	7,73 ➔	0,0773
			500	38,65 ➔	0,0773
00593451	Teva-Codeine	Teva Can	100	7,73 ➔	0,0773
			500	38,65 ➔	0,0773

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FENTANYL ®

Timbre cut.

02327112	Sandoz Fentanyl Patch	Sandoz	5	12 mcg/h PPB	
02311925	Teva-Fentanyl	Teva Can	5	16,60 ➡	3,3200

Timbre cut.

02327120	Sandoz Fentanyl Patch	Sandoz	5	25 mcg/h PPB	
02282941	Teva-Fentanyl	Teva Can	5	18,28 ➡	3,6560

Timbre cut.

02327139	Sandoz Fentanyl Patch	Sandoz	5	37 mcg/h	
				32,99	6,5980

Timbre cut.

02327147	Sandoz Fentanyl Patch	Sandoz	5	50 mcg/h PPB	
02282968	Teva-Fentanyl	Teva Can	5	34,41 ➡	6,8820

Timbre cut.

02327155	Sandoz Fentanyl Patch	Sandoz	5	75 mcg/h PPB	
02282976	Teva-Fentanyl	Teva Can	5	48,40 ➡	9,6800

Timbre cut.

02327163	Sandoz Fentanyl Patch	Sandoz	5	100 mcg/h PPB	
02282984	Teva-Fentanyl	Teva Can	5	60,25 ➡	12,0500

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D') ®

Caps. L.A. (12 h)

02125323	Hydromorph Contin	Purdue	60	3 mg	
				36,14	0,6023

Caps. L.A. (12 h)

02359502	Hydromorph Contin	Purdue	60	4,5 mg	
				43,65	0,7275

Caps. L.A. (12 h)

02125331	Hydromorph Contin	Purdue	60	6 mg	
				54,18	0,9030

Caps. L.A. (12 h)

02359510	Hydromorph Contin	Purdue	60	9 mg	
				71,55	1,1925

Caps. L.A. (12 h)

02125366	Hydromorph Contin	Purdue	60	12 mg	
				93,92	1,5653

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (12 h)				18 mg	
02243562	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	135,54	2,2590
Caps. L.A. (12 h)				24 mg	
02125382	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	156,83	2,6138
Caps. L.A. (12 h)				30 mg	
02125390	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	187,85	3,1308
Co.				1 mg PPB	
02364115	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	9,50 ➔	0,0950
00705438	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	9,50 ➔	0,0950
00885444	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	9,50 ➔	0,0950
Co.				2 mg PPB	
02364123	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	14,16 ➔	0,1416
00125083	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	14,16 ➔	0,1416
00885436	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	14,16 ➔	0,1416
Co.				4 mg PPB	
02364131	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	22,40 ➔	0,2240
00125121	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	22,40 ➔	0,2240
00885401	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	22,40 ➔	0,2240
Co.				8 mg PPB	
02364158	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	35,28 ➔	0,3528
00786543	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	35,28 ➔	0,3528
00885428	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	35,28 ➔	0,3528
Sir.				1 mg/mL	
01916386	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	500 ml	41,35	0,0827
Sol. Inj.				2 mg/mL (1 mL) PPB	
02460602	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone</i>	Sterimax	10	16,47 ➔	1,6470
02491699	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone injectable</i>	Fresenius	25	41,18 ➔	1,6470
02145901	<i>Hydromorphone</i>	Sandoz	10	16,47 ➔	1,6470

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Inj.

				10 mg/mL PPB	
02460610	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone HP 10</i>	Sterimax	1 ml	► 3,65	
			5 ml	► 18,23	
			50 ml	► 182,25	
02491680	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone injectable</i>	Fresenius	1 ml	► 3,65	
			5 ml	► 18,23	
			50 ml	► 182,25	
02145928	<i>Hydromorphone HP 10</i>	Sandoz	1 ml	► 3,65	
			5 ml	► 18,23	
			50 ml	► 182,25	

Sol. Inj.

				20 mg/mL	
02145936	<i>Hydromorphone HP 20</i>	Sandoz	50 ml	468,77	

Sol. Inj.

				50 mg/mL PPB	
02469413	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone HP 50</i>	Sterimax	1 ml	► 6,95	
02146126	<i>Hydromorphone HP 50</i>	Sandoz	50 ml	► 347,63	
99003163	<i>Hydromorphone HP 50</i>	Sandoz	50 ml	► 347,63	
			1 ml	► 21,13	

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) ®

Co.

				1 mg PPB	
02533642	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	10,26 ►	0,1026
02247698	<i>Metadol</i>	Paladin	100	10,26 ►	0,1026

Co.

				5 mg PPB	
02533650	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	34,17 ►	0,3417
02247699	<i>Metadol</i>	Paladin	100	34,17 ►	0,3417

Co.

				10 mg PPB	
02533669	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	54,66 ►	0,5466
02247700	<i>Metadol</i>	Paladin	100	54,66 ►	0,5466

Co.

				25 mg PPB	
02533677	<i>Apo-Methadone</i>	Apotex	100	101,57 ►	1,0157
02247701	<i>Metadol</i>	Paladin	100	101,57 ►	1,0157

Sol. Orale

				1 mg/mL	
02247694	<i>Metadol</i>	Paladin	250 ml	25,18	0,1007

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Orale					
10 mg/mL PPB					
02495783	Jamp Methadone Oral Concentrate	Jamp	1000 ml	52,50	0,0525
02241377	Metadol	Paladin	100 ml	36,42	0,3642
02244290	Metadol-D	Paladin	100 ml	5,25	0,0525
			1000 ml	52,50	0,0525
02394596	Methadose	Mallinckrodt	1000 ml	52,50	0,0525
02394618	Methadose (sans sucre)	Mallinckrodt	1000 ml	52,50	0,0525
02495872	Odan-Methadone	Odan	1000 ml	52,50	0,0525
02495880	Odan-Methadone (sans sucre)	Odan	1000 ml	52,50	0,0525
02552736	pms-Methadone Oral	Phmscience	1000 ml	52,50	0,0525
02552728	pms-Methadone Oral (sans sucre)	Phmscience	1000 ml	52,50	0,0525

MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE) N°

Caps. L.A.

10 mg					
02019930	M-Eslon	Ethypharm	20	6,50	0,3250
			50	16,25	0,3250

Caps. L.A.

15 mg					
02177749	M-Eslon	Ethypharm	20	4,26	0,2132
			50	10,66	0,2132

Caps. L.A.

30 mg					
02019949	M-Eslon	Ethypharm	20	6,44	0,3220
			50	16,11	0,3222

Caps. L.A.

60 mg					
02019957	M-Eslon	Ethypharm	20	11,35	0,5675
			50	28,38	0,5676

Caps. L.A.

100 mg					
02019965	M-Eslon	Ethypharm	20	17,48	0,8740
			50	43,70	0,8740

Caps. L.A.

200 mg					
02177757	M-Eslon	Ethypharm	50	80,43	1,6086

Caps. L.A. (24 h)

10 mg					
02242163	Kadian	BGP Pharma	100	36,38	0,3638

Caps. L.A. (24 h)

20 mg					
02184435	Kadian	BGP Pharma	100	61,32	0,6132

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)				50 mg	
02184443	Kadian	BGP Pharma	100	128,75	1,2875
Caps. L.A. (24 h)				100 mg	
02184451	Kadian	BGP Pharma	50	112,27	2,2454
Caps. ou Co.				5 mg PPB	
02014203	MS-IR	Purdue	60	4,25	0,0709
02549794	pms-Morphine Sulfate	Phmscience	100	7,09	0,0709
00594652	Statex	Paladin	100	7,09	0,0709
Caps. ou Co.				10 mg PPB	
02014211	MS-IR	Purdue	60	6,58	0,1096
02549808	pms-Morphine Sulfate	Phmscience	100	10,96	0,1096
00594644	Statex	Paladin	100	10,96	0,1096
Co.				20 mg	
02014238	MS-IR	Purdue	60	18,92	0,3154
Co.				30 mg	
02014254	MS-IR	Purdue	60	24,35	0,4058
Co. L.A.				15 mg PPB	
02015439	MS Contin	Purdue	60	39,42	0,6570
02244790	Sandoz Morphine SR	Sandoz	100	23,17	0,2317
02302764	Teva-Morphine SR	Teva Can	50	11,59	0,2317
Co. L.A.				30 mg PPB	
02014297	MS Contin	Purdue	60	59,46	0,9910
02244791	Sandoz Morphine SR	Sandoz	100	35,00	0,3500
02302772	Teva-Morphine SR	Teva Can	50	17,50	0,3500
			100	35,00	0,3500
Co. L.A.				60 mg PPB	
02014300	MS Contin	Purdue	60	104,94	1,7490
02244792	Sandoz Morphine SR	Sandoz	100	121,80	1,2180
02302780	Teva-Morphine SR	Teva Can	50	60,90	1,2180
			100	121,80	1,2180
Co. L.A.				100 mg PPB	
02014319	MS Contin	Purdue	60	160,02	2,6670
02478889	Sandoz Morphine SR	Sandoz	50	47,01	0,9402
02302799	Teva-Morphine SR	Teva Can	50	47,01	0,9402

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.					
02014327	MS Contin	Purdue	60	200 mg PPB 297,54	4,9590
02478897	Sandoz Morphine SR	Sandoz	50	87,40	1,7480
02302802	Teva-Morphine SR	Teva Can	50	87,40	1,7480
Sir.					
00614491	Doloral 1	Atlas	225 ml 500 ml	1 mg/mL 8,86 16,32	0,0394 0,0326
Sir.					
00614505	Doloral 5	Atlas	225 ml 500 ml	5 mg/mL 16,75 31,25	0,0744 0,0625
Sol. Inj.					
02242484	Morphine (sulfate de)	Sandoz	1 ml	2 mg/mL PPB 2,25	
02482681	Sulfate de morphine injectable	Fresenius	1 ml	2,25	
02500701	Sulfate de morphine pour injection	Jamp	10	22,50	2,2500
Sol. Inj.					
00392588	Morphine (sulfate de)	Sandoz	1 ml	10 mg/mL PPB 2,22	
02482746	Sulfate de morphine injectable	Fresenius	1 ml	2,22	
02474980	Sulfate de morphine injection	Sterimax	10	22,17	2,2172
02500728	Sulfate de morphine pour injection	Jamp	10	22,17	2,2172
Sol. Inj.					
00617288	Morphine H.P. 50	Sandoz	1 ml 10 ml 50 ml	50 mg/mL 6,82 68,20 340,98	
OXYCODONE (CHLORHYDRATE D') N					
Co.					
02319977	pms-Oxycodone	Phmscience	100	5 mg PPB 12,87	0,1287
00789739	Supeudol	Sandoz	100	12,87	0,1287
Co.					
02240131	Oxy IR	Purdue	60	10 mg PPB 22,92	0,3820
02319985	pms-Oxycodone	Phmscience	100	18,96	0,1896
00443948	Supeudol	Sandoz	100	18,96	0,1896

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				20 mg	PPB
02240132	Oxy IR	Purdue	60	39,96	0,6660
02319993	pms-Oxycodone	Phmscience	50	14,82	0,2964
02262983	Supeudol 20	Sandoz	50	14,82	0,2964

28:08.12

AGONISTES PARTIELS DES OPIOÏDES

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE ®

Co. S-Ling.

02424851	pms-Buprenorphine/ Naloxone	Phmscience	30	20,03	20 mg - 0,5 mg PPB
02295695	Suboxone	Indivior	28	74,76	
02453908	Teva-Buprenorphine/ Naloxone	Teva Can	30	20,03	0,6675

Co. S-Ling.

02424878	pms-Buprenorphine/ Naloxone	Phmscience	30	35,48	8 mg - 2 mg PPB
02295709	Suboxone	Indivior	28	132,44	2,6700
02453916	Teva-Buprenorphine/ Naloxone	Teva Can	30	35,48	0,6675

Film

02502313	Suboxone	Indivior	30	80,10	2 mg - 0,5 mg
----------	----------	----------	----	-------	---------------

Film

02502321	Suboxone	Indivior	30	110,67	4 mg - 1 mg
----------	----------	----------	----	--------	-------------

Film

02502348	Suboxone	Indivior	30	141,90	8 mg - 2 mg
----------	----------	----------	----	--------	-------------

Film

02502356	Suboxone	Indivior	30	212,85	12 mg - 3 mg
----------	----------	----------	----	--------	--------------

BUTORPHANOL (TARTRATE DE) ◆

Vap. nasal

02242504	Butorphanol	AA Pharma	2,5 ml	56,53	10 mg/mL
----------	-------------	-----------	--------	-------	----------

PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE) ®

Co.

02137984	Talwin	SanofiAven	100	37,74	50 mg
----------	--------	------------	-----	-------	-------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:08.92

ANALGÉSIQUES ET ANTIPYRÉTIQUES, DIVERS

ACÉTAMINOPHÈNE

Co.

				325 mg	PPB
02022214	Acétaminophène	Riva	1000	11,40	0,0114
02252805	Acétaminophène 325 mg	Cellchem	100	1,14	0,0114
			500	5,70	0,0114
02362198	Acétaminophène Caplet 325	Riva	1000	11,40	0,0114
01938088	Jamp-Acétylaminophène	Jamp	1000	11,40	0,0114
00389218	Novo-Gesic	Novopharm	1000	11,40	0,0114

Co.

				500 mg	PPB
02022222	Acétaminophène	Riva	1000	14,30	0,0143
02255251	Acétaminophène 500 mg EF facile à avaler	Cellchem	100	1,43	0,0143
			200	2,86	0,0143
02252813	Acétaminophène 500 mg Extra fort	Cellchem	100	1,43	0,0143
			500	7,15	0,0143
02362201	Acétaminophène Blason Shield 500	Riva	1000	14,30	0,0143
02362228	Acétaminophène Caplet 500	Riva	1000	14,30	0,0143
01939122	Jamp-Acétylaminophène	Jamp	1000	14,30	0,0143
02355299	Jamp-Acétylaminophène	Jamp	1000	14,30	0,0143
00482323	Novo-Gesic Forte	Novopharm	1000	14,30	0,0143

Liq.

				160 mg/5 mL	PPB
01901389	Jamp-Acétylaminophène	Jamp	100 ml	3,65	0,0365
00792691	PDP-Acetaminophen solution	Pendopharm	500 ml	18,25	0,0365

Sol. Orale Péd.

				80 mg/mL	PPB
01935275	Jamp-Acétylaminophène	Jamp	24 ml	2,87	
02027801	Pédiatrix	Teva Can	500 ml	59,79	0,1196

Supp.

				120 mg	
02230434	Acet 120	Pendopharm	12	6,44	0,5367

Supp.

				160 mg	
02230435	Acet 160	Pendopharm	12	8,34	0,6950

Supp.

				325 mg	
02230436	Acet 325	Pendopharm	12	7,95	0,6625

Supp.

				650 mg	
02230437	Acet 650	Pendopharm	12	9,13	0,7608

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE) ®

Co.

00608882	Teva-Emtec-30	Teva Can	300 mg - 30 mg	PPB	
00789828	Triatec-30	Riva	500	65,00	0,1300
			100	13,00	0,1300
			500	65,00	0,1300

Co.

00621463	Teva-Lenoltec No.4	Teva Can	300 mg - 60 mg		
			100	13,84	0,1384

Elix.

00816027	pms-Acétylaminophène avec codéine	Phmscience	160 mg - 8 mg/5 mL		
			500 ml	38,45	0,0769

28:10

ANTAGONISTES DES OPIOÏDES

BUPRÉNORPHINE/NALOXONE ®

Co. S-Ling.

02424851	pms-Buprenorphine/ Naloxone	Phmscience	2 mg - 0,5 mg	PPB	
02295695	Suboxone	Indivior	30	20,03	0,6675
02453908	Teva-Buprenorphine/ Naloxone	Teva Can	28	74,76	2,6700
			30	20,03	0,6675

Co. S-Ling.

02424878	pms-Buprenorphine/ Naloxone	Phmscience	8 mg - 2 mg	PPB	
02295709	Suboxone	Indivior	30	35,48	1,1825
02453916	Teva-Buprenorphine/ Naloxone	Teva Can	28	132,44	4,7300
			30	35,48	1,1825

Film

02502313	Suboxone	Indivior	2 mg - 0,5 mg		
			30	80,10	2,6700

Film

02502321	Suboxone	Indivior	4 mg - 1 mg		
			30	110,67	3,6889

Film

02502348	Suboxone	Indivior	8 mg - 2 mg		
			30	141,90	4,7300

Film

02502356	Suboxone	Indivior	12 mg - 3 mg		
			30	212,85	7,0950

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)					
Sol. Inj. (ser)			0,4 mg/mL (1 mL)		
99114402	<i>Chlorhydrate de naloxone injectable USP</i>	Sterinova	10	147,50	14,7500
Vap. nasal					
99113725	<i>Vaporisateur nasal Narcan</i>	Emergent	4 mg/0,1 mL PPB		
99114399	<i>Vaporisateur Nasal Teva-Naloxone</i>	Teva Can	2	50,60	25,3000
			2	50,60	25,3000
NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)					
Sol. inj.			0,4 mg/mL PPB		
02455935	<i>Chlorhydrate de naloxone Injectable</i>	Oméga	1 ml	13,75	
02453258	<i>S.O.S Naloxone Hydrochloride Injection</i>	Sandoz	1 ml	13,75	
NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE) R					
Co.			50 mg PPB		
02444275	<i>Apo-Naltrexone</i>	Apotex	30	84,23	2,8075
02451883	<i>Comprimés de chlorhydrate de naltrexone</i>	Jamp	28	78,61	2,8075
02213826	<i>Revia</i>	Teva Can	50	140,38	2,8075
28:12.04					
BARBITURIQUES					
PHÉNOBARBITAL ◆					
Co.			15 mg		
00178799	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	75,40	0,1508
Co.			30 mg		
00178802	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	79,00	0,1580
Co.			60 mg		
00178810	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	121,65	0,2433
Co.			100 mg		
00178829	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	166,45	0,3329
Elix.			25 mg/5 mL		
00645575	<i>Phenobarb élixir</i>	Pendopharm	100 ml	14,89	0,1489

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PHÉNOBARBITAL SODIQUE 27 ◆

Sol. Inj.

02304082	<i>Phenobarbital sodium injection</i>	Sandoz	10	30 mg/mL (1 mL) 215,36	21,5360
----------	---------------------------------------	--------	----	---------------------------	---------

Sol. Inj.

02304090	<i>Phenobarbital sodium injection</i>	Sandoz	10	120 mg/mL (1 mL) 240,90	24,0900
----------	---------------------------------------	--------	----	----------------------------	---------

PRIMIDONE □

Co.

00399310	<i>Primidone</i>	AA Pharma	100	125 mg 5,64	0,0564
----------	------------------	-----------	-----	----------------	--------

Co.

00396761	<i>Primidone</i>	AA Pharma	100	250 mg 8,87	0,0887
----------	------------------	-----------	-----	----------------	--------

28:12.08

BENZODIAZÉPINES

CLOBAZAM □

Co.

02244638	<i>Apo-Clobazam</i>	Apotex	30	10 mg PPB 6,59	0,2197
02238334	<i>Teva-Clobazam</i>	Teva Can	30	6,59	0,2197

CLONAZÉPAM □

Co.

02179660	<i>pms-Clonazepam</i>	Phmscience	100	0,25 mg 6,90	0,0690
----------	-----------------------	------------	-----	-----------------	--------

Co.

02177889	<i>Apo-Clonazepam</i>	Apotex	500	0,5 mg PPB 20,90	0,0418
02207818	<i>pms-Clonazépam-R</i>	Phmscience	100	4,18	0,0418
			500	20,90	0,0418
02311593	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	20,90	0,0418
00382825	<i>Rivotril</i>	Cheplaphar	100	19,82	0,1982

Co.

02048728	<i>pms-Clonazepam</i>	Phmscience	100	1 mg PPB 14,87	0,1487
02311607	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	74,35	0,1487
			500	74,35	0,1487

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				2 mg	PPB
02177897	Apo-Clonazepam	Apotex	100	7,21	0,0721
			500	36,05	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**HYDANTOINES****PHÉNYTOÏNE**

Co.

				50 mg	
00023698	Dilantin Infatabs	BGP Pharma	100	10,00	0,1000

Susp. Orale

				30 mg/5 mL	
00023442	Dilantin-30	BGP Pharma	250 ml	13,60	0,0544

Susp. Orale

				125 mg/5 mL	PPB
00023450	Dilantin-125	BGP Pharma	250 ml	16,03	0,0641
02250896	Taro-Phenytoin	Taro	237 ml	8,48	0,0358

PHÉNYTOÏNE SODIQUE

Caps.

				30 mg	
00022772	Dilantin	BGP Pharma	100	15,76	0,1576

Caps.

				100 mg	PPB
00022780	Dilantin	BGP Pharma	100	6,71	0,0671
02460912	Phenytoin	AA Pharma	1000	67,14	0,0671
			1000	66,50	0,0665

28:12.20**SUCCINIMIDES****ÉTHOSUXIMIDE**

Caps.

				250 mg	PPB
02545772	Mar-Ethosuximide	Marcan	100	26,28	0,2628
02547171	Odan-Ethosuximide	Odan	100	26,28	0,2628
00022799	Zarontin	Search Phm	100	32,03	0,3203

Sir.

				250 mg/5 mL	
00023485	Zarontin	Search Phm	500 ml	32,00	0,0640

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:12.28

**ANTICONVULSIVANTS MÉDIÉS PAR LE GABA
GABAPENTINE **

Caps.

				100 mg	PPB
02477912	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	4,16 ➡	0,0416
02244304	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02321203	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02416840	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	4,16 ➡	0,0416
02353245	<i>Gabapentin</i>	Sanis	500	20,79 ➡	0,0416
02246314	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02535246	<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02361469	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	4,16 ➡	0,0416
02391473	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02408880	<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	500	20,79 ➡	0,0416
02084260	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	41,51 ➡	0,4151
02550016	<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	100	4,16 ➡	0,0416
02243446	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02310449	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02251167	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416
02244513	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	4,16 ➡	0,0416
			500	20,79 ➡	0,0416

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
02477920	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02244305	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02321211	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02416859	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	10,12	► 0,1012
02353253	<i>Gabapentin</i>	Sanis	500	50,60	► 0,1012
02246315	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02535254	<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02361485	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02391481	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02408899	<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	500	50,60	► 0,1012
02084279	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	101,00	1,0100
02550024	<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	100	10,12	► 0,1012
02243447	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
02310457	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	10,12	► 0,1012
			500	50,60	► 0,1012
* 02319063	<i>Ran-Gabapentin</i>	Ranbaxy	100	10,12	► R
			500	50,60	► R
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.					
02477939	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	12,06	► 0,1206
02244306	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02321238	<i>Auro-Gabapentin</i>	AuroPharma	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02416867	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	12,06	► 0,1206
02353261	<i>Gabapentin</i>	Sanis	500	60,28	► 0,1206
02246316	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02535262	<i>JAMP Gabapentin Capsules</i>	Jamp	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02361493	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02391503	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02408902	<i>Mint-Gabapentin</i>	Mint	500	60,28	► 0,1206
02084287	<i>Neurontin</i>	BGP Pharma	100	120,35	1,2035
02550032	<i>NRA-Gabapentin</i>	Nora	100	12,06	► 0,1206
02243448	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02310465	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	12,06	► 0,1206
02251183	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206
02244515	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	12,06	► 0,1206
			500	60,28	► 0,1206

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PRÉGABALINE 

Caps.

				25 mg	PPB
02449838	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	100	14,81	0,1481
02480727	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02394235	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	14,81	0,1481
02433869	<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	100	14,81	0,1481
02541122	<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02435977	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02268418	<i>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
02554836	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02479117	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02359596	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02474352	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02396483	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02405539	<i>Pregabalin</i>	Sanis	100	14,81	0,1481
02403692	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02377039	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02390817	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02392801	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481
02361159	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	14,81	0,1481
			500	74,05	0,1481

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
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
02554844	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02479125	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02359618	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02474360	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02396505	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02405547	<i>Pregabalin</i>	Sanis	500	116,20	► 0,2324
02403706	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02377047	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02390825	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02392828	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324
02361175	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	23,24	► 0,2324
			500	116,20	► 0,2324

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
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
02554852	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02479133	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02359626	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02474379	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02396513	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02405555	<i>Pregabalin</i>	Sanis	500	150,35	0,3007
02403714	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02377055	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02390833	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02392836	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007
02361183	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	30,07	0,3007
			500	150,35	0,3007

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

			150 mg	PPB	
02449870	<i>ACH-Pregabalin</i>	Accord	100	41,45	► 0,4145
02480751	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02394278	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02433907	<i>Auro-Pregabalin</i>	AuroPharma	100	41,45	► 0,4145
02541165	<i>Bio-Pregabalin</i>	Biomed	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02436000	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02268450	<i>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
02554860	<i>NB-Pregabalin</i>	NB Pharma	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02479168	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02359634	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02474387	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02396521	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02405563	<i>Pregabalin</i>	Sanis	100	41,45	► 0,4145
02403722	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02377063	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02390841	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02392844	<i>Taro-Pregabalin</i>	Sun Pharma	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02361205	<i>Teva-Pregabalin</i>	Teva Can	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

			300 mg	PPB	
02449900	ACH-Pregabalin	Accord	100	41,45	► 0,4145
02480778	AG-Pregabalin	Angita	100	41,45	► 0,4145
02394294	Apo-Pregabalin	Apotex	100	41,45	► 0,4145
02541203	Bio-Pregabalin	Biomed	100	41,45	► 0,4145
02436019	Jamp-Pregabalin	Jamp	100	41,45	► 0,4145
02268485	Lyrica	BGP Pharma	60	129,98	2,1663
02417618	Mar-Pregabalin	Marcan	100	41,45	► 0,4145
02541963	M-Pregabalin	Mantra Ph.	100	41,45	► 0,4145
02494906	NAT-Pregabalin	Natco	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02554887	NB-Pregabalin	NB Pharma	100	41,45	► 0,4145
02479192	NRA-Pregabalin	Nora	100	41,45	► 0,4145
02359642	pms-Pregabalin	Phmscience	100	41,45	► 0,4145
02396548	Pregabalin	Pro Doc	100	41,45	► 0,4145
02405598	Pregabalin	Sanis	100	41,45	► 0,4145
02403730	Pregabalin	Sivem	100	41,45	► 0,4145
02377071	Riva-Pregabalin	Riva	100	41,45	► 0,4145
02390868	Sandoz Pregabalin	Sandoz	100	41,45	► 0,4145
02392860	Taro-Pregabalin	Sun Pharma	100	41,45	► 0,4145
			500	207,25	► 0,4145
02361248	Teva-Pregabalin	Teva Can	60	24,87	► 0,4145
			100	41,45	► 0,4145

28:12.92

ANTICONVULSIVANTS, DIVERS CARBAMAZÉPINE

Co.

			200 mg	PPB	
02541238	Mint-Carbamazepine	Mint	100	22,17	► 0,2217
			500	110,85	► 0,2217
00010405	Tegretol	Novartis	100	31,26	0,3126
			500	156,30	0,3126
00782718	Teva-Carbamazepine	Teva Can	100	22,17	► 0,2217
			500	110,85	► 0,2217

Co. L.A.

			200 mg	PPB	
02261839	Sandoz Carbamazepine CR	Sandoz	100	9,30	► 0,0930
00773611	Tegretol CR	Novartis	100	33,08	0,3308

Co. L.A.

			400 mg	PPB	
02261847	Sandoz Carbamazepine CR	Sandoz	100	18,59	► 0,1859
00755583	Tegretol CR	Novartis	100	66,16	0,6616

Susp. Orale

			100 mg/5 mL	PPB	
02367394	Taro-Carbamazepine	Taro	450 ml	24,32	► 0,0540
02194333	Tegretol	Novartis	450 ml	28,70	0,0638

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DIVALPROEX SODIQUE ▶

Co. Ent.

02239698	Apo-Divalproex	Apotex	100	125 mg PPB 7,24 ➡ 0,0724	
00596418	Epival 125	BGP Pharma	100	24,14 ➡ 0,2414	
02458926	Mylan-Divalproex	Mylan	100	7,24 ➡ 0,0724	

Co. Ent.

02239699	Apo-Divalproex	Apotex	100	250 mg PPB 13,01 ➡ 0,1301	
00596426	Epival 250	BGP Pharma	100	43,37 ➡ 0,4337	
			500	216,87 ➡ 0,4337	
02458934	Mylan-Divalproex	Mylan	100	13,01 ➡ 0,1301	
			500	65,05 ➡ 0,1301	

Co. Ent.

02239700	Apo-Divalproex	Apotex	100	500 mg PPB 26,04 ➡ 0,2604	
00596434	Epival 500	BGP Pharma	100	86,80 ➡ 0,8680	
			500	434,01 ➡ 0,8680	
02459019	Mylan-Divalproex	Mylan	100	26,04 ➡ 0,2604	
			500	130,20 ➡ 0,2604	

GABAPENTINE ▶

Co.

02293358	Apo-Gabapentin	Apotex	100	600 mg PPB 18,09 ➡ 0,1809	
02428334	Auro-Gabapentin	AuroPharma	100	18,09 ➡ 0,1809	
02410990	Comprimés de gabapentine	Glenmark	100	18,09 ➡ 0,1809	
02392526	Gabapentin	Accord	100	18,09 ➡ 0,1809	
02432072	Gabapentin	Jamp	100	18,09 ➡ 0,1809	
02431289	Gabapentin	Sanis	100	18,09 ➡ 0,1809	
02388200	Gabapentin	Sivem	100	18,09 ➡ 0,1809	
02402289	Jamp-Gabapentin	Jamp	100	18,09 ➡ 0,1809	
02239717	Neurontin	BGP Pharma	100	181,65 ➡ 1,8165	
02310473	Pro-Gabapentin	Pro Doc	100	18,09 ➡ 0,1809	
02248457	Teva-Gabapentin	Teva Can	100	18,09 ➡ 0,1809	

Co.

02293366	Apo-Gabapentin	Apotex	100	800 mg PPB 24,12 ➡ 0,2412	
02428342	Auro-Gabapentin	AuroPharma	100	24,12 ➡ 0,2412	
02411008	Comprimés de gabapentine	Glenmark	100	24,12 ➡ 0,2412	
02392534	Gabapentin	Accord	100	24,12 ➡ 0,2412	
02432080	Gabapentin	Jamp	100	24,12 ➡ 0,2412	
02431297	Gabapentin	Sanis	100	24,12 ➡ 0,2412	
02388219	Gabapentin	Sivem	100	24,12 ➡ 0,2412	
02402297	Jamp-Gabapentin	Jamp	100	24,12 ➡ 0,2412	
02239718	Neurontin	BGP Pharma	100	242,19 ➡ 2,4219	
02310481	Pro-Gabapentin	Pro Doc	100	24,12 ➡ 0,2412	
02247346	Teva-Gabapentin	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>Kepra</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>Kepra</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	AG-Levetiracetam	Angita	100	54,16	► 0,5416
			120	64,99	► 0,5416
02285940	Apo-Levetiracetam	Apotex	100	54,16	► 0,5416
02375265	Auro-Levetiracetam	AuroPharma	100	54,16	► 0,5416
			500	270,79	► 0,5416
02504588	Jamp Levetiracetam Tablets	Jamp	100	54,16	► 0,5416
02403048	Jamp-Levetiracetam	Jamp	120	64,99	► 0,5416
02247029	Kepra	U.C.B.	120	162,00	1,3500
02399792	Levetiracetam	Accord	120	64,99	► 0,5416
02353369	Levetiracetam	Sanis	100	54,16	► 0,5416
02442566	Levetiracetam	Sivem	100	54,16	► 0,5416
02442418	Mint-Levetiracetam	Mint	100	54,16	► 0,5416
02524589	M-Levetiracetam	Mantra Ph.	120	64,99	► 0,5416
02440229	NAT-Levetiracetam	Natco	120	64,99	► 0,5416
02499215	NRA-Levetiracetam	Nora	120	64,99	► 0,5416
02296136	pms-Levetiracetam	Phmscience	100	54,16	► 0,5416
02311399	Pro-Levetiracetam-750	Pro Doc	100	54,16	► 0,5416
02482290	Riva-Levetiracetam	Riva	100	54,16	► 0,5416
02462001	Sandoz Levetiracetam	Sandoz	100	54,16	► 0,5416
02274205	Teva - Levetiracetam	Teva Can	100	54,16	► 0,5416

Co.

				1000 mg	
02462028	Sandoz Levetiracetam	Sandoz	100	72,21	0,7221

Sol. Orale

				100 mg/mL	PPB
*	02558416	Mint-Levetiracetam Solution	Mint	300 ml	122,13 ► 0,4071
	02490447	pdp-levetiracetam	Pendopharm	300 ml	244,26 0,8142
+	02515318	Pharma-Levetiracetam	Phmscience	300 ml	122,13 ► 0,4071

TOPIRAMATE □

Caps. à saupoudrer

				15 mg	
	02239907	Topamax	Janss. Inc	60	65,11 1,0852

Caps. à saupoudrer

				25 mg	
	02239908	Topamax	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
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
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	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	67,48	► 0,6748
02345846	<i>Auro-Topiramate</i>	AuroPharma	60	40,49	► 0,6748
			100	67,48	► 0,6748
02287781	<i>GLN-Topiramate</i>	Glenmark	100	67,48	► 0,6748
02345277	<i>JAMP Topiramate Tablets</i>	Jamp	100	67,48	► 0,6748
02435624	<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	100	67,48	► 0,6748
02432110	<i>Mar-Topiramate</i>	Marcan	100	67,48	► 0,6748
02315661	<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	100	67,48	► 0,6748
02263386	<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	100	67,48	► 0,6748
02538474	<i>NRA-Topiramate</i>	Nora	100	67,48	► 0,6748
02263017	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	67,48	► 0,6748
02313677	<i>Pro-Topiramate</i>	Pro Doc	100	67,48	► 0,6748
02248862	<i>Teva-Topiramate</i>	Teva Can	60	40,49	► 0,6748
02230896	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	205,08	3,4180
02395754	<i>Topiramate</i>	Accord	100	67,48	► 0,6748
02356872	<i>Topiramate</i>	Sanis	100	67,48	► 0,6748

VALPROATE SODIQUE

Sir.

				250 mg/5 mL	PPB
00443832	<i>Depakene</i>	BGP Pharma	240 ml	22,78	0,0949
02532441	<i>JAMP Valproic Acid Oral Solution</i>	Jamp	450 ml	17,05	► 0,0379
02549190	<i>Odan-Valproic acid</i>	Odan	450 ml	17,05	► 0,0379
02236807	<i>pms-Valproic acid</i>	Phmscience	450 ml	17,05	► 0,0379

VALPROIQUE (ACIDE)

Caps.

				250 mg	PPB
02238048	<i>Apo-Valproic</i>	Apotex	100	29,05	► 0,2905
02230768	<i>pms-Valproic acid</i>	Phmscience	100	29,05	► 0,2905

Caps. Ent.

				500 mg	
02229628	<i>pms-Valproic Acid E.C.</i>	Phmscience	100	63,56	0,6356

VIGABATRIN

Co.

				500 mg	
02065819	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	100	88,70	0,8870

Pd. Orale

				500 mg/sac.	
02068036	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	50	44,35	0,8870

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:16.04

ANTIDÉPRESSEURS

AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D') 

Co.

10 mg PPB					
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

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

Co.

50 mg PPB					
00456349	<i>Amitriptyline-50</i>	Pro Doc	100	10,78 ➡	0,1078
			1000	107,80 ➡	0,1078
02403153	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	100	10,78 ➡	0,1078
			1000	107,80 ➡	0,1078
00335088	<i>Elavil</i>	AA Pharma	100	10,78 ➡	0,1078
			1000	107,80 ➡	0,1078
02457687	<i>Jamp-Amitriptyline</i>	Jamp	100	10,78 ➡	0,1078
			1000	107,80 ➡	0,1078
02435543	<i>Jamp-Amitriptyline Tablets</i>	Jamp	100	10,78 ➡	0,1078
			1000	107,80 ➡	0,1078
02429896	<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	100	10,78 ➡	0,1078
			1000	107,80 ➡	0,1078
00654507	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	10,78 ➡	0,1078
			1000	107,80 ➡	0,1078

Co.

100 mg					
02468409	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	27,72	0,2772

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE) 

CO L.A.

02275074	Zyban ⁴	Bausch H.	100	150 mg 84,86	0,8486
----------	--------------------	-----------	-----	-----------------	--------

Co. L.A.

02275074	Odan Bupropion SR	Odan	60	100 mg 31,56	0,5260
----------	-------------------	------	----	-----------------	--------

Co. L.A.

02275082	Odan Bupropion SR	Odan	60	150 mg 55,01	0,9169
----------	-------------------	------	----	-----------------	--------

Co. L.A. (24 h)

02475804	Taro-Bupropion XL	Sun Pharma	90	150 mg PPB 13,17	0,1463
02439654	Teva-Bupropion XL	Teva Can	500	73,15	0,1463
02275090	Wellbutrin XL	Bausch H.	90	13,17	0,1463
			500	73,15	0,1463
			90	47,45	0,5272

Co. L.A. (24 h)

02475812	Taro-Bupropion XL	Sun Pharma	90	300 mg PPB 26,34	0,2927
02439662	Teva-Bupropion XL	Teva Can	500	146,35	0,2927
02275104	Wellbutrin XL	Bausch H.	90	26,34	0,2927
			500	146,33	0,2927
			90	94,91	1,0546

CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE) 

Co.

02374617	AG-Citalopram	Angita	100	10 mg PPB 7,15	0,0715
02448475	Bio-Citalopram	Biomed	100	7,15	0,0715
02430517	Citalopram	Jamp	100	7,15	0,0715
02445719	Citalopram	Sanis	100	7,15	0,0715
02387948	Citalopram	Sivem	100	7,15	0,0715
02325047	Citalopram-10	Pro Doc	100	7,15	0,0715
02371871	Mar-Citalopram	Marcan	100	7,15	0,0715
02532123	M-Citalopram	Mantra Ph.	100	7,15	0,0715
02429691	Mint-Citalopram	Mint	100	7,15	0,0715
02409003	Natco-Citalopram	Natco	100	7,15	0,0715
			500	35,75	0,0715
02555999	NB-Citalopram	NB Pharma	100	7,15	0,0715
02477637	NRA-Citalopram	Nora	100	7,15	0,0715
02270609	pms-Citalopram	Phmscience	100	7,15	0,0715
02303256	Riva-Citalopram	Riva	100	7,15	0,0715
02312336	Teva-Citalopram	Teva Can	100	7,15	0,0715

4 La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec ce médicament est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				20 mg	PPB
02339390	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02513684	<i>AG-Citalopram Tablets</i>	Angita	500	60,00	► 0,1200
02246056	<i>Apo-Citalopram</i>	Apotex	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02275562	<i>Auro-Citalopram</i>	AuroPharma	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02448491	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02239607	<i>Celexa</i>	Lundbeck	30	39,95	1,3317
			100	133,17	1,3317
02430541	<i>Citalopram</i>	Jamp	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02353660	<i>Citalopram</i>	Sanis	100	12,00	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02387956	<i>Citalopram</i>	Sivem	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02257513	<i>Citalopram-20</i>	Pro Doc	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02313405	<i>JAMP-Citalopram</i>	Jamp	500	60,00	► 0,1200
02371898	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	12,00	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02467836	<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	500	60,00	► 0,1200
02429705	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02443880	<i>Natco-Citalopram</i>	Natco	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02556006	<i>NB-Citalopram</i>	NB Pharma	500	60,00	► 0,1200
02477645	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02248010	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
* 02285622	<i>Ran-Citalo</i>	Ranbaxy	100	12,00	R
			500	60,00	R
02303264	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02293218	<i>Teva-Citalopram</i>	Teva Can	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200

Co.

				30 mg	PPB
02543060	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	100	53,38	► 0,5338
02296152	<i>CTP 30</i>	Sumitomo	100	53,38	► 0,5338

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				40 mg	PPB
02339404	<i>AG-Citalopram</i>	Angita	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02513692	<i>AG-Citalopram Tablets</i>	Angita	100	12,00	► 0,1200
02246057	<i>Apo-Citalopram</i>	Apotex	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02275570	<i>Auro-Citalopram</i>	AuroPharma	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02448513	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02239608	<i>Celexa</i>	Lundbeck	30	39,95	1,3317
02430568	<i>Citalopram</i>	Jamp	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02353679	<i>Citalopram</i>	Sanis	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02387964	<i>Citalopram</i>	Sivem	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02257521	<i>Citalopram-40</i>	Pro Doc	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02313413	<i>JAMP-Citalopram</i>	Jamp	100	12,00	► 0,1200
02371901	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	12,00	► 0,1200
02467844	<i>M-Citalopram</i>	Mantra Ph.	100	12,00	► 0,1200
02429713	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02443899	<i>Natco-Citalopram</i>	Natco	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200
02477653	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	30	3,60	► 0,1200
			500	60,00	► 0,1200
02248011	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	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
02293226	<i>Teva-Citalopram</i>	Teva Can	30	3,60	► 0,1200
			100	12,00	► 0,1200

CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) □

Co.

				10 mg	
00330566	<i>Anafranil</i>	Apotex	100	29,49	0,2949

Co. ou Caps.

				25 mg	PPB
00324019	<i>Anafranil</i>	Apotex	100	34,17	► 0,3417
02497506	<i>Taro-Clomipramine</i>	Taro	90	30,75	► 0,3417

Co. ou Caps.

				50 mg	PPB
00402591	<i>Anafranil</i>	Apotex	100	62,91	► 0,6291
02497514	<i>Taro-Clomipramine</i>	Taro	90	56,62	► 0,6291

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02216248	Désipramine	AA Pharma	100	10 mg 46,17	0,4617
----------	-------------	-----------	-----	----------------	--------

Co.

02216256	Désipramine	AA Pharma	100	25 mg 43,45	0,4345
----------	-------------	-----------	-----	----------------	--------

Co.

02216280	Désipramine	AA Pharma	100	100 mg 102,96	1,0296
----------	-------------	-----------	-----	------------------	--------

DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

+ 02049996	Apo-Doxepin	Apotex	100	10 mg PPB 20,38 ➡	0,2038
* 02559080	Mar-Doxepin	Marcan	100	20,38 ➡	0,2038
00024325	Sinequan	AA Pharma	100	40,75	0,4075

Caps.

+ 02050005	Apo-Doxepin	Apotex	100	25 mg PPB 25,00 ➡	0,2500
* 02559099	Mar-Doxepin	Marcan	100	25,00 ➡	0,2500
00024333	Sinequan	AA Pharma	100	50,00	0,5000

Caps.

+ 02050013	Apo-Doxepin	Apotex	100	50 mg PPB 46,37 ➡	0,4637
* 02559102	Mar-Doxepin	Marcan	100	46,37 ➡	0,4637
00024341	Sinequan	AA Pharma	100	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
02481952	<i>Duloxetine</i>	Altamed	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
02495082	<i>Duloxetine</i>	Riva	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
02490889	<i>Duloxetine</i>	Sanis	100	48,13	► 0,4813
02453630	<i>Duloxetine</i>	Sivem	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
02496496	<i>Jamp Duloxetine</i>	Jamp	100	48,13	► 0,4813
			500	240,65	► 0,4813
02451913	<i>Jamp-Duloxetine</i>	Jamp	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
02446081	<i>Mar-Duloxetine</i>	Marcan	100	48,13	► 0,4813
02473208	<i>M-Duloxetine</i>	Mantra Ph.	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
02438984	<i>Mint-Duloxetine</i>	Mint	100	48,13	► 0,4813
02482126	<i>NRA-Duloxetine</i>	Nora	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
02429446	<i>pms-Duloxetine</i>	Phmscience	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
* 02452650	<i>Pro-Duloxetine</i>	Pro Doc	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
02438259	<i>Ran-Duloxetine</i>	Ranbaxy	100	48,13	► 0,4813
02439948	<i>Sandoz Duloxetine</i>	Sandoz	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813
+ 02457199	<i>Taro-Duloxetine</i>	Taro	90	43,32	► 0,4813
02456753	<i>Teva-Duloxetine</i>	Teva Can	30	14,44	► 0,4813
			100	48,13	► 0,4813

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.					
02475316	<i>AG-Duloxetine</i>	Angita	100	97,69	0,9769
02440431	<i>Apo-Duloxetine</i>	Apotex	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02436655	<i>Auro-Duloxetine</i>	AuroPharma	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02507765	<i>Bio-Duloxetine</i>	Biomed	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02481960	<i>Duloxetine</i>	Altamed	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02495090	<i>Duloxetine</i>	Riva	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02490897	<i>Duloxetine</i>	Sanis	100	97,69	0,9769
02453649	<i>Duloxetine</i>	Sivem	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02496518	<i>Jamp Duloxetine</i>	Jamp	100	97,69	0,9769
02451921	<i>Jamp-Duloxetine</i>	Jamp	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02446103	<i>Mar-Duloxetine</i>	Marcan	100	97,69	0,9769
			500	488,44	0,9769
02473216	<i>M-Duloxetine</i>	Mantra Ph.	30	29,31	0,9769
			500	488,44	0,9769
02438992	<i>Mint-Duloxetine</i>	Mint	100	97,69	0,9769
02482134	<i>NRA-Duloxetine</i>	Nora	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02429454	<i>pms-Duloxetine</i>	Phmscience	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
* 02452669	<i>Pro-Duloxetine</i>	Pro Doc	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
02438267	<i>Ran-Duloxetine</i>	Ranbaxy	100	97,69	0,9769
			500	488,44	0,9769
02439956	<i>Sandoz Duloxetine</i>	Sandoz	30	29,31	0,9769
			100	97,69	0,9769
+ 02457202	<i>Taro-Duloxetine</i>	Taro	90	87,92	0,9769
02456761	<i>Teva-Duloxetine</i>	Teva Can	30	29,31	0,9769
			90	87,92	0,9769

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ESCITALOPRAM (OXALATE D') 

Co.

				10 mg	PPB
02434652	<i>ACH-Escitalopram</i>	Accord	30	9,33 ➡	0,3109
			100	31,09 ➡	0,3109
02477742	<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	30	9,33 ➡	0,3109
			100	31,09 ➡	0,3109
02510944	<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	30	9,33 ➡	0,3109
			100	31,09 ➡	0,3109
02295016	<i>Apo-escitalopram</i>	Apotex	30	9,33 ➡	0,3109
			100	31,09 ➡	0,3109
02397358	<i>Auro-Escitalopram</i>	AuroPharma	30	9,33 ➡	0,3109
			100	31,09 ➡	0,3109
02481154	<i>Bio-Escitalopram</i>	Biomed	30	9,33 ➡	0,3109
			100	31,09 ➡	0,3109
02263238	<i>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
02554909	<i>NATCO-Escitalopram</i>	Natco	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
02510952	<i>AG-Escitalopram</i>	Angita	30	9,93	0,3310
			100	33,10	0,3310
02295024	<i>Apo-escitalopram</i>	Apotex	30	9,93	0,3310
			100	33,10	0,3310
02397374	<i>Auro-Escitalopram</i>	AuroPharma	30	9,93	0,3310
			100	33,10	0,3310
02481170	<i>Bio-Escitalopram</i>	Biomed	30	9,93	0,3310
			100	33,10	0,3310
02263254	<i>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
02554933	<i>NATCO-Escitalopram</i>	Natco	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
02286068	<i>Fluoxetine</i>	Sanis	100	34,04	► 0,3404
02374447	<i>Fluoxetine</i>	Sivem	100	34,04	► 0,3404
02401894	<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	100	34,04	► 0,3404
02392909	<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	100	34,04	► 0,3404
02529432	<i>M-Fluoxetine</i>	Mantra Ph.	100	34,04	► 0,3404
02380560	<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	100	34,04	► 0,3404
02503875	<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	100	34,04	► 0,3404
02177579	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	34,04	► 0,3404
02314991	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	34,04	► 0,3404
02305461	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	34,04	► 0,3404
02216582	<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	100	34,04	► 0,3404

Caps.

				20 mg	PPB
02485060	<i>AG-Fluoxetine</i>	Angita	100	33,11	► 0,3311
02216361	<i>Apo-Fluoxétine</i>	Apotex	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02385635	<i>Auro-Fluoxetine</i>	AuroPharma	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02448432	<i>Bio-Fluoxetine</i>	Biomed	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02286076	<i>Fluoxetine</i>	Sanis	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02374455	<i>Fluoxetine</i>	Sivem	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02383241	<i>Fluoxétine BP</i>	Accord	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02386402	<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	100	33,11	► 0,3311
02392917	<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	100	33,11	► 0,3311
02529440	<i>M-Fluoxetine</i>	Mantra Ph.	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02380579	<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02503883	<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	100	33,11	► 0,3311
02177587	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02315009	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02305488	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311
02216590	<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	100	33,11	► 0,3311
			500	165,55	► 0,3311

Caps.

				40 mg	
02464640	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	66,22	0,6622

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				60 mg	
02464659	pms-Fluoxetine	Phmscience	100	99,33	0,9933
Sol. Orale			20 mg/5 mL	PPB	
02231328	Fluoxetine	Apotex	120 ml	25,90	0,2158
02546752	JAMP Fluoxetine Solution	Jamp	120 ml	25,90	0,2158
02459361	Odan-Fluoxetine	Odan	120 ml	25,90	0,2158
FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) 			50 mg	PPB	
Co.					
02231329	Apo-Fluvoxamine	Apotex	100	54,10	0,5410
01919342	Luvox	BGP Pharma	30	25,90	0,8633
02255529	Teva-Fluvoxamine	Teva Can	100	54,10	0,5410
Co.			100 mg	PPB	
02231330	Apo-Fluvoxamine	Apotex	100	97,28	0,9728
01919369	Luvox	BGP Pharma	30	46,58	1,5527
02255537	Teva-Fluvoxamine	Teva Can	100	97,28	0,9728
IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') 			10 mg	PPB	
Co.					
00360201	Imipramine	AA Pharma	100	12,57	0,1257
02546337	JAMP Imipramine	Jamp	100	12,57	0,1257
Co.			25 mg	PPB	
00312797	Imipramine	AA Pharma	100	23,16	0,2316
02546345	JAMP Imipramine	Jamp	100	23,16	0,2316
Co.			50 mg	PPB	
00326852	Imipramine	AA Pharma	100	45,19	0,4519
02546353	JAMP Imipramine	Jamp	100	45,19	0,4519
Co.			75 mg	PPB	
00644579	Imipramine	AA Pharma	100	72,43	0,7243
02546361	JAMP Imipramine	Jamp	100	72,43	0,7243
L-TRYPTOPHANE 			1 g	PPB	
Co.					
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

MIRTAZAPINE 					
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

NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

			10 mg		
00015229	Aventyl	AA Pharma	100	29,95	0,2995

Caps.

			25 mg		
00015237	Aventyl	AA Pharma	100	60,54	0,6054

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

				10 mg	PPB
02475537	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	30,46 ➡	0,3046
02510480	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	30,46 ➡	0,3046
02240907	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	30,46 ➡	0,3046
02383276	<i>Auro-Paroxetine</i>	AuroPharma	100	30,46 ➡	0,3046
02444909	<i>Bio-Paroxetine</i>	Biomed	100	30,46 ➡	0,3046
02507773	<i>JAMP Paroxetine</i>	Jamp	100	30,46 ➡	0,3046
02368862	<i>Jamp-Paroxetine</i>	Jamp	30	9,14 ➡	0,3046
			100	30,46 ➡	0,3046
02411946	<i>Mar-Paroxetine</i>	Marcan	30	9,14 ➡	0,3046
			100	30,46 ➡	0,3046
02421372	<i>Mint-Paroxetine</i>	Mint	100	30,46 ➡	0,3046
02467402	<i>M-Paroxetine</i>	Mantra Ph.	100	30,46 ➡	0,3046
02479753	<i>NRA-Paroxetine</i>	Nora	100	30,46 ➡	0,3046
02477823	<i>Paroxetine</i>	Altamed	100	30,46 ➡	0,3046
02282844	<i>Paroxetine</i>	Sanis	100	30,46 ➡	0,3046
02388227	<i>Paroxétine</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 ➡	R
02247750	<i>pms-Paroxetine</i>	Phmscience	30	9,14 ➡	0,3046
			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
02248560	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250
02248557	<i>Teva-Paroxetine</i>	Teva Can	100	32,50	0,3250
			500	162,50	0,3250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			30 mg	PPB	
02475553	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	34,53	► 0,3453
02510510	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	34,53	► 0,3453
02240909	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	34,53	► 0,3453
02383292	<i>Auro-Paroxetine</i>	AuroPharma	100	34,53	► 0,3453
02444925	<i>Bio-Paroxetine</i>	Biomed	100	34,53	► 0,3453
02507803	<i>JAMP Paroxetine</i>	Jamp	100	34,53	► 0,3453
02368889	<i>Jamp-Paroxetine</i>	Jamp	30	10,36	► 0,3453
			100	34,53	► 0,3453
02411962	<i>Mar-Paroxetine</i>	Marcan	30	10,36	► 0,3453
			100	34,53	► 0,3453
02421399	<i>Mint-Paroxetine</i>	Mint	100	34,53	► 0,3453
02467429	<i>M-Paroxetine</i>	Mantra Ph.	100	34,53	► 0,3453
02479788	<i>NRA-Paroxetine</i>	Nora	100	34,53	► 0,3453
02477858	<i>Paroxetine</i>	Altamed	100	34,53	► 0,3453
02282860	<i>Paroxetine</i>	Sanis	100	34,53	► 0,3453
02388243	<i>Paroxetine</i>	Sivem	100	34,53	► 0,3453
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
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
			500	75,80 ➔	0,1516
02556235	<i>NB-Sertraline</i>	NB Pharma	100	15,16 ➔	0,1516
02488434	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	15,16 ➔	0,1516
02244838	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	15,16 ➔	0,1516
			1400	212,24 ➔	0,1516
02248496	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	15,16 ➔	0,1516
			250	37,90 ➔	0,1516
02537249	<i>Sertraline</i>	Altamed	100	15,16 ➔	0,1516
02469626	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	15,16 ➔	0,1516
02353520	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	15,16 ➔	0,1516
02386070	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	15,16 ➔	0,1516
02241302	<i>Sertraline-25</i>	Pro Doc	100	15,16 ➔	0,1516
02240485	<i>Teva-Sertraline</i>	Teva Can	100	15,16 ➔	0,1516
02132702	<i>Zoloft</i>	BGP Pharma	100	83,18	0,8318

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
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
			500	151,60	0,3032
02556243	<i>NB-Sertraline</i>	NB Pharma	100	30,32	0,3032
			250	75,80	0,3032
02488442	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	30,32	0,3032
02244839	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	30,32	0,3032
			250	75,80	0,3032
02248497	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	30,32	0,3032
			250	75,80	0,3032
02537265	<i>Sertraline</i>	Altamed	100	30,32	0,3032
02469634	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	30,32	0,3032
02353539	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	30,32	0,3032
			250	75,80	0,3032
02386089	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	30,32	0,3032
02241303	<i>Sertraline-50</i>	Pro Doc	250	75,80	0,3032
02240484	<i>Teva-Sertraline</i>	Teva Can	100	30,32	0,3032
			250	75,80	0,3032
01962817	<i>Zoloft</i>	BGP Pharma	100	166,34	1,6634
			250	415,86	1,6634

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

			100 mg	PPB	
02477904	<i>AG-Sertraline</i>	Angita	100	33,03	► 0,3303
02238282	<i>Apo-Sertraline</i>	Apotex	100	33,03	► 0,3303
02390922	<i>Auro-Sertraline</i>	AuroPharma	100	33,03	► 0,3303
			250	82,58	► 0,3303
02445069	<i>Bio-Sertraline</i>	Biomed	100	33,03	► 0,3303
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
			500	165,15	► 0,3303
02556251	<i>NB-Sertraline</i>	NB Pharma	100	33,03	► 0,3303
02488450	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	33,03	► 0,3303
02244840	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	33,03	► 0,3303
			800	264,24	► 0,3303
02248498	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	33,03	► 0,3303
			250	82,58	► 0,3303
02537281	<i>Sertraline</i>	Altamed	100	33,03	► 0,3303
02469642	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	33,03	► 0,3303
02353547	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	33,03	► 0,3303
			250	82,58	► 0,3303
02386097	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	33,03	► 0,3303
02241304	<i>Sertraline-100</i>	Pro Doc	100	33,03	► 0,3303
			250	82,58	► 0,3303
02240481	<i>Teva-Sertraline</i>	Teva Can	100	33,03	► 0,3303
01962779	<i>Zoloft</i>	BGP Pharma	100	174,66	1,7466

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
02522977	<i>Mint-Venlafaxine XR</i>	Mint	100	9,13 ➔	0,0913
02471280	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	100	9,13 ➔	0,0913
			500	45,65 ➔	0,0913
02521466	<i>pmsc-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	9,13 ➔	0,0913
02310317	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	9,13 ➔	0,0913
02380072	<i>Taro-Venlafaxine XR</i>	Sun Pharma	100	9,13 ➔	0,0913
			500	45,65 ➔	0,0913
02275023	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	9,13 ➔	0,0913
02516535	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	9,13 ➔	0,0913
			500	45,65 ➔	0,0913
02273969	<i>Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	9,13 ➔	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.					
02304325	<i>ACT Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02331691	<i>Apo-Venlafaxine XR</i>	Apotex	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02452847	<i>Auro-Venlafaxine XR</i>	AuroPharma	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02237280	<i>Effexor XR</i>	BGP Pharma	90	151,01	1,6779
02522985	<i>Mint-Venlafaxine XR</i>	Mint	500	91,25	► 0,1825
02471299	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02521482	<i>pmsc-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	500	91,25	► 0,1825
02310325	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02380080	<i>Taro-Venlafaxine XR</i>	Sun Pharma	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02275031	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02516543	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	18,25	► 0,1825
			500	91,25	► 0,1825
02273977	<i>Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	18,25	► 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
02522993	<i>Mint-Venlafaxine XR</i>	Mint	500	96,35	► 0,1927
02471302	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	500	96,35	► 0,1927
02521474	<i>pmsc-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	500	96,35	► 0,1927
02310333	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	19,27	► 0,1927
			500	96,35	► 0,1927
02380099	<i>Taro-Venlafaxine XR</i>	Sun Pharma	100	19,27	► 0,1927
			500	96,35	► 0,1927
02275058	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	19,27	► 0,1927
			500	96,35	► 0,1927
02516551	<i>Venlafaxine XR</i>	Jamp	100	19,27	► 0,1927
			500	96,35	► 0,1927
02273985	<i>Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	19,27	► 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	PPB
02552744	<i>Apo-Vortioxetine</i>	Apotex	100	158,53	► 1,5853
02432919	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	78,81	2,8148

Co.

				10 mg	PPB
02552752	<i>Apo-Vortioxetine</i>	Apotex	100	166,06	► 1,6606
02432927	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	82,56	2,9484

Co.

				20 mg	PPB
02552779	<i>Apo-Vortioxetine</i>	Apotex	100	180,28	► 1,8028
02432943	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	89,63	3,2011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:16.08

ANTIPSYCHOTIQUES

ARIPIPRAZOLE

Co.

2 mg PPB					
		Otsuka Can	30	87,42	2,9140
+ 02322374	<i>Ability</i>	Angita	100	80,92	► 0,8092
+ 02448173	<i>AG-Aripiprazole</i>	Apotex	30	24,28	► 0,8092
02471086	<i>Apo-Aripiprazole</i>		100	80,92	► 0,8092
		Pro Doc	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
02488000	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	80,92	► 0,8092
02506688	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	24,28	► 0,8092
02534320	<i>Aripiprazole</i>		100	80,92	► 0,8092
		AuroPharma	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
+ 02460025	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Jamp	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
+ 02553163	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Mint	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
02483556	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Nora	30	24,28	► 0,8092
02472201	<i>NRA-Aripiprazole</i>		100	80,92	► 0,8092
02466635	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
02479346	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
02473658	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092

Co.

5 mg PPB					
		Otsuka Can	30	98,40	3,2800
+ 02322382	<i>Ability</i>	Angita	100	90,46	► 0,9046
+ 02448181	<i>AG-Aripiprazole</i>	Apotex	30	27,14	► 0,9046
02471094	<i>Apo-Aripiprazole</i>		100	90,46	► 0,9046
		Pro Doc	30	27,14	► 0,9046
			100	90,46	► 0,9046
02488019	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	90,46	► 0,9046
02506718	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	27,14	► 0,9046
02534339	<i>Aripiprazole</i>		100	90,46	► 0,9046
		AuroPharma	30	27,14	► 0,9046
			100	90,46	► 0,9046
+ 02460033	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Jamp	30	27,14	► 0,9046
			100	90,46	► 0,9046
+ 02553171	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Mint	30	27,14	► 0,9046
			100	90,46	► 0,9046
02483564	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Nora	30	27,14	► 0,9046
02472228	<i>NRA-Aripiprazole</i>		100	90,46	► 0,9046
02466643	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	27,14	► 0,9046
			100	90,46	► 0,9046
02479354	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	27,14	► 0,9046
			100	90,46	► 0,9046
02473666	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	27,14	► 0,9046
			100	90,46	► 0,9046

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				10 mg	PPB
	02322390	<i>Ability</i>	Otsuka Can	30	113,40
+	02448203	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	100	107,54 ➡ 1,0754
	02471108	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
	02488027	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	32,26 ➡ 1,0754
	02506726	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	107,54 ➡ 1,0754
	02534347	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
	02460041	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
+	02553198	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
	02483572	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
	02472244	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
	02466651	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
	02479362	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754
	02473674	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	32,26 ➡ 1,0754
				100	107,54 ➡ 1,0754

Co.

				15 mg	PPB
	02322404	<i>Ability</i>	Otsuka Can	30	113,40
+	02448211	<i>AG-Aripiprazole</i>	Angita	100	126,92 ➡ 1,2692
	02471116	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692
	02488035	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	38,08 ➡ 1,2692
	02506734	<i>Aripiprazole</i>	Sanis	100	126,92 ➡ 1,2692
	02534355	<i>Aripiprazole</i>	Sivem	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692
	02460068	<i>Auro-Aripiprazole</i>	AuroPharma	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692
+	02553201	<i>JAMP Aripiprazole</i>	Jamp	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692
	02483580	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692
	02472252	<i>NRA-Aripiprazole</i>	Nora	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692
	02466678	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692
	02479370	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	38,08 ➡ 1,2692
	02473682	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	38,08 ➡ 1,2692
				100	126,92 ➡ 1,2692

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				20 mg	PPB
	02322412	Abilify	Otsuka Can	30	113,40
+	02448238	AG-Aripiprazole	Angita	100	100,17 ➡ 1,0017
	02471124	Apo-Aripiprazole	Apotex	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02488043	Aripiprazole	Pro Doc	30	30,05 ➡ 1,0017
	02506750	Aripiprazole	Sanis	100	100,17 ➡ 1,0017
	02534363	Aripiprazole	Sivem	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02460076	Auro-Aripiprazole	AuroPharma	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
+	02553228	JAMP Aripiprazole	Jamp	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02483599	Mint-Aripiprazole	Mint	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02472260	NRA-Aripiprazole	Nora	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02466686	pms-Aripiprazole	Phmscience	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02479389	Riva-Aripiprazole	Riva	30	30,05 ➡ 1,0017
	02473690	Sandoz Aripiprazole	Sandoz	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017

Co.

				30 mg	PPB
	02322455	Abilify	Otsuka Can	30	113,40
+	02448246	AG-Aripiprazole	Angita	30	30,05 ➡ 1,0017
	02471132	Apo-Aripiprazole	Apotex	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02488051	Aripiprazole	Pro Doc	30	30,05 ➡ 1,0017
	02506785	Aripiprazole	Sanis	100	100,17 ➡ 1,0017
	02534371	Aripiprazole	Sivem	30	30,05 ➡ 1,0017
	02460084	Auro-Aripiprazole	AuroPharma	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
+	02553236	JAMP Aripiprazole	Jamp	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02483602	Mint-Aripiprazole	Mint	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02472279	NRA-Aripiprazole	Nora	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02466694	pms-Aripiprazole	Phmscience	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017
	02479397	Riva-Aripiprazole	Riva	30	30,05 ➡ 1,0017
	02473704	Sandoz Aripiprazole	Sandoz	30	30,05 ➡ 1,0017
				100	100,17 ➡ 1,0017

Pd. Inj. I.M.

				300 mg	
	02420864	Abilify Maintena	Otsuka Can	1	456,18

Pd. Inj. I.M.

				400 mg	
	02420872	Abilify Maintena	Otsuka Can	1	456,18

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. I.M. (ser) 02554569	Abilify Asimtufii	Otsuka Can	1	720 mg/2,4 mL 912,36	
Susp. Inj. I.M. (ser) 02554577	Abilify Asimtufii	Otsuka Can	1	960 mg/3,2 mL 912,36	
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. Diss. Orale 02554631	Gen-Clozapine	Mylan	100	12,5 mg 32,97	0,3297
Co. ou Co. Diss. Orale 02248034 00894737 02247243 02554658	AA-Clozapine Clozaril Gen-Clozapine Gen-Clozapine	AA Pharma HLS Mylan Mylan	100 100 100 100	25 mg PPB 65,94 94,20 65,94 65,94	0,6594 0,9420 0,6594 0,6594
Co. ou Co. Diss. Orale 02458748 02305003 02554666	AA-Clozapine Gen-Clozapine Gen-Clozapine	AA Pharma Mylan Mylan	100 100 100	50 mg PPB 131,88 131,88 131,88	1,3188 1,3188 1,3188
Co. ou Co. Diss. Orale 02248035 00894745 02247244 02554674	AA-Clozapine Clozaril Gen-Clozapine Gen-Clozapine	AA Pharma HLS Mylan Mylan	100 100 100 100	100 mg PPB 264,46 377,80 264,46 264,46	2,6446 3,7780 2,6446 2,6446

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Diss. Orale			200 mg PPB		
02458756	AA-Clozapine	AA Pharma	100	528,92	5,2892
02305011	Gen-Clozapine	Mylan	100	528,92	5,2892
02554682	Gen-Clozapine	Mylan	100	528,92	5,2892
FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE) 			20 mg/mL		
Sol. Inj. I.M.					
02156032	Fluanxol Dépot 2%	Lundbeck	1 ml	7,18	
FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE) 			100 mg/mL		
Sol. Inj. I.M.					
02156040	Fluanxol Dépot 10%	Lundbeck	1 ml	35,93	
FLUPHENAZINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co.			0,5 mg		
02156008	Fluanxol	Lundbeck	100	24,83	0,2483
Co.			3 mg		
02156016	Fluanxol	Lundbeck	100	53,62	0,5362
FLUPHENAZINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co.			1 mg		
00405345	Fluphenazine	AA Pharma	100	17,39	0,1739
Co.			2 mg		
00410632	Fluphenazine	AA Pharma	100	22,52	0,2252
Co.			5 mg		
00405361	Fluphenazine	AA Pharma	100	17,20	0,1720
HALOPÉRIDOL 					
Co.			0,5 mg		
00363685	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	14,30	0,1430
Co.			1 mg		
00363677	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	21,48	0,2148
Co.			2 mg		
00363669	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	32,11	0,3211

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				5 mg	
00363650	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	51,21	0,5121

Co.				10 mg	
00713449	Teva-Haloperidol	Teva Can	100	74,50	0,7450

Sol. Inj. I.M.				5 mg/mL PPB	
00808652	Halopéridol	Sandoz	1 ml	3,96	
02366010	Halopéridol Injection	Oméga	1 ml	3,96	
02406411	Haloperidol Injection, USP	Fresenius	1 ml	3,96	

HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D')

Sol. Inj. I.M.				100 mg/mL	
02130300	Halopéridol LA	Sandoz	5 ml	84,61	

LOXAPINE (SUCCINATE DE)

Co.				2,5 mg	
02242868	Xylac	Pendopharm	100	25,15	0,2515

Co.				10 mg	
02230838	Xylac	Pendopharm	100	31,49	0,3149

Co.				25 mg	
02230839	Xylac	Pendopharm	100	48,81	0,4881

LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				20 mg PPB	
02513986	Auro-Lurasidone	AuroPharma	30	36,75	1,2250
			100	122,50	1,2250
02516438	Jamp Lurasidone	Jamp	30	36,75	1,2250
02422050	Latuda	Sumitomo	30	107,10	3,5700
02548585	Lurasidone	Sanis	100	122,50	1,2250
02522314	NRA-Lurasidone	Nora	30	36,75	1,2250
02505878	pms-Lurasidone	Phmscience	30	36,75	1,2250
02521075	Sandoz Lurasidone	Sandoz	30	36,75	1,2250
			100	122,50	1,2250
02504499	Taro-Lurasidone	Taro	30	36,75	1,2250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				40 mg	PPB
02513994	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	► 1,2250
			100	122,50	► 1,2250
02516446	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	► 1,2250
02387751	<i>Latuda</i>	Sumitomo	30	107,10	3,5700
02548593	<i>Lurasidone</i>	Sanis	100	122,50	► 1,2250
02522322	<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	30	36,75	► 1,2250
02505886	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	► 1,2250
02521091	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	► 1,2250
			100	122,50	► 1,2250
02504502	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	► 1,2250

Co.

				60 mg	PPB
02514001	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	► 1,2250
			100	122,50	► 1,2250
02516454	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	► 1,2250
02413361	<i>Latuda</i>	Sumitomo	30	107,10	3,5700
02548607	<i>Lurasidone</i>	Sanis	30	36,75	► 1,2250
02522330	<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	30	36,75	► 1,2250
02505894	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	► 1,2250
02521105	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	► 1,2250
02504510	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	► 1,2250

Co.

				80 mg	PPB
02514028	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	► 1,2250
			100	122,50	► 1,2250
02516462	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	► 1,2250
02387778	<i>Latuda</i>	Sumitomo	30	107,10	3,5700
02548615	<i>Lurasidone</i>	Sanis	30	36,75	► 1,2250
02522349	<i>NRA-Lurasidone</i>	Nora	30	36,75	► 1,2250
02505908	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	► 1,2250
02521113	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	► 1,2250
02504529	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	► 1,2250

Co.

				120 mg	PPB
02514036	<i>Auro-Lurasidone</i>	AuroPharma	30	36,75	► 1,2250
			100	122,50	► 1,2250
02516470	<i>Jamp Lurasidone</i>	Jamp	30	36,75	► 1,2250
02505916	<i>pms-Lurasidone</i>	Phmscience	30	36,75	► 1,2250
02521121	<i>Sandoz Lurasidone</i>	Sandoz	30	36,75	► 1,2250
02504537	<i>Taro-Lurasidone</i>	Taro	30	36,75	► 1,2250

MÉTHOTRIMÉPRAZINE 

Co.

				2 mg	
02238403	<i>Méthoprazine</i>	AA Pharma	100	7,21	0,0721

Sol. Inj.

				25 mg/mL	
01927698	<i>Nozinan</i>	Xediton	1 ml	3,25	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OLANZAPINE R

Co.

				2,5 mg	PPB
02487608	AG-Olanzapine FC	Angita	100	17,72	0,1772
02281791	Apo-Olanzapine	Apotex	100	17,72	0,1772
02417243	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	17,72	0,1772
02410141	Mint-Olanzapine	Mint	100	17,72	0,1772
02545586	NRA-Olanzapine	Nora	100	17,72	0,1772
02311968	Olanzapine	Pro Doc	100	17,72	0,1772
02372819	Olanzapine	Sanis	100	17,72	0,1772
02385864	Olanzapine	Sivem	100	17,72	0,1772
02303116	pms-Olanzapine	Phmscience	100	17,72	0,1772
02337126	Riva-Olanzapine	Riva	100	17,72	0,1772
			500	88,60	0,1772
02310341	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	17,72	0,1772
02276712	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	17,72	0,1772
02229250	Zyprexa	Cheplaphar	28	49,03	1,7511

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	Cheplaphar	28	147,09	5,2532

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.					
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	Cheplaphar	28	98,06	3,5021
02243086	Zyprexa Zydis	Cheplaphar	28	100,09	3,5746

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.					
02487632	AG-Olanzapine FC	Angita	100	70,88	0,7088
02487675	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	21,26	0,7088
02281821	Apo-Olanzapine	Apotex	100	70,88	0,7088
02360624	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	21,26	0,7088
02448734	Auro-Olanzapine ODT	AuroPharma	30	21,26	0,7088
02417286	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	70,88	0,7088
02406632	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	21,26	0,7088
02410184	Mint-Olanzapine	Mint	100	70,88	0,7088
02436973	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	21,26	0,7088
02545616	NRA-Olanzapine	Nora	100	70,88	0,7088
02536196	NRA-Olanzapine ODT	Nora	30	21,26	0,7088
02311992	Olanzapine	Pro Doc	100	70,88	0,7088
02372843	Olanzapine	Sanis	100	70,88	0,7088
02385899	Olanzapine	Sivem	100	70,88	0,7088
02338653	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	21,26	0,7088
02352982	Olanzapine ODT	Sanis	30	21,26	0,7088
02343673	Olanzapine ODT	Sivem	30	21,26	0,7088
02303175	pms-Olanzapine	Phmscience	100	70,88	0,7088
02303205	pms-Olanzapine ODT	Phmscience	30	21,26	0,7088
02414104	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	19,85	0,7088
02337150	Riva-Olanzapine	Riva	100	70,88	0,7088
			500	354,40	0,7088
02310384	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	70,88	0,7088
02327783	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	21,26	0,7088
02276747	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	70,88	0,7088
			500	354,40	0,7088
02229285	Zyprexa	Cheplaphar	28	196,12	7,0043
02243087	Zyprexa Zydis	Cheplaphar	28	200,00	7,1429

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Diss. Orale ou Co.

			15 mg	PPB	
02487683	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	31,89	► 1,0631
02281848	Apo-Olanzapine	Apotex	100	106,31	► 1,0631
02360632	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	31,89	► 1,0631
02448742	Auro-Olanzapine ODT	AuroPharma	30	31,89	► 1,0631
02417294	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	106,31	► 1,0631
02406640	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	31,89	► 1,0631
02410192	Mint-Olanzapine	Mint	30	31,89	► 1,0631
			100	106,31	► 1,0631
02436981	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	31,89	► 1,0631
02545624	NRA-Olanzapine	Nora	100	106,31	► 1,0631
02536218	NRA-Olanzapine ODT	Nora	30	31,89	► 1,0631
02312018	Olanzapine	Pro Doc	100	106,31	► 1,0631
02372851	Olanzapine	Sanis	100	106,31	► 1,0631
02385902	Olanzapine	Sivem	100	106,31	► 1,0631
02338661	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	31,89	► 1,0631
02352990	Olanzapine ODT	Sanis	30	31,89	► 1,0631
02343681	Olanzapine ODT	Sivem	30	31,89	► 1,0631
02303183	pms-Olanzapine	Phmscience	100	106,31	► 1,0631
02303213	pms-Olanzapine ODT	Phmscience	30	31,89	► 1,0631
02414112	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	29,77	► 1,0631
02337169	Riva-Olanzapine	Riva	100	106,31	► 1,0631
			500	531,55	► 1,0631
02310392	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	106,31	► 1,0631
02327791	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	31,89	► 1,0631
02276755	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	106,31	► 1,0631
02238850	Zyprexa	Cheplaphar	28	294,17	10,5061
02243088	Zyprexa Zydis	Cheplaphar	28	299,91	10,7111

Co. Diss. Orale ou Co.

			20 mg	PPB	
02487691	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	42,41	► 1,4137
02333015	Apo-Olanzapine	Apotex	100	141,37	► 1,4137
02360640	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	42,41	► 1,4137
02448750	Auro-Olanzapine ODT	AuroPharma	30	42,41	► 1,4137
02417308	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	141,37	► 1,4137
02406659	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	42,41	► 1,4137
02545632	NRA-Olanzapine	Nora	100	141,37	► 1,4137
02536226	NRA-Olanzapine ODT	Nora	30	42,41	► 1,4137
02421704	Olanzapine	Pro Doc	100	141,37	► 1,4137
02385910	Olanzapine	Sivem	100	141,37	► 1,4137
02425114	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	42,41	► 1,4137
02343703	Olanzapine ODT	Sivem	30	42,41	► 1,4137
02414120	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	39,58	► 1,4137
02327805	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	42,41	► 1,4137
02359707	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	141,37	► 1,4137
02238851	Zyprexa	Cheplaphar	28	392,23	14,0082
02243089	Zyprexa Zydis	Cheplaphar	28	395,84	14,1371

PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE) 

Susp. Inj. I.M. 1 mois

		50 mg/0,5 mL		
02354217	Invega Sustenna	Janss. Inc	1	304,10

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. I.M. 1 mois 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	
PÉRICYAZINE 					
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
PERPHÉNAZINE 					
Co. 00335134	Perphénazine	AA Pharma	2 mg 100	6,68	0,0668
Co. 00335126	Perphénazine	AA Pharma	4 mg 100	8,08	0,0808

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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
-----------------	---------------------	-----------	-----	----------------	--------

PIMOZIDE 

Co. 02245433	<i>Pimozide</i>	AA Pharma	100	4 mg 41,36	0,4136
-----------------	-----------------	-----------	-----	---------------	--------

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE) 

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
02317346	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	500	24,70 ➡	0,0494
02387794	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	4,94 ➡	0,0494
02353164	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02317893	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02316692	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02236951	<i>Seroquel</i>	AZC	100	51,35	0,5135

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				100 mg	PPB
02316099	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318
02475987	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	13,18	► 0,1318
02516942	<i>AG-Quetiapine Fumarate</i>	Angita	100	13,18	► 0,1318
02313928	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318
02501643	<i>Apo-Quetiapine Fumarate</i>	Apotex	100	13,18	► 0,1318
02390213	<i>Auro-Quetiapine</i>	AuroPharma	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318
02390159	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318
02330423	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318
02399830	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	13,18	► 0,1318
			500	65,90	► 0,1318
02438011	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	13,18	► 0,1318
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
02236952	<i>Seroquel</i>	AZC	100	137,00	1,3700

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

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
02236953	<i>Seroquel</i>	AZC	100	275,20	2,7520
Co.					
				300 mg	PPB
02316129	<i>ACT Quetiapine</i>	Teva Can	100	38,63	0,3863
			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
02244107	<i>Seroquel</i>	AZC	100	401,45	4,0145

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.					
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
50 mg PPB					
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
150 mg PPB					
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
200 mg PPB					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.

				300 mg	PPB
02450895	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	58,66	► 0,9776
02520567	<i>AG-Quetiapine XR</i>	Angita	100	97,76	► 0,9776
02457253	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	58,66	► 0,9776
02522217	<i>Mint-Quetiapine XR</i>	Mint	100	97,76	► 0,9776
02527952	<i>M-Quetiapine Fumarate XR</i>	Mantra Ph.	100	97,76	► 0,9776
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

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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

Co.

0,5 mg PPB

02369087	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	14,70	►	0,1470
02282127	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	14,70	►	0,1470
			500	73,50	►	0,1470
02359537	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	14,70	►	0,1470
			500	73,50	►	0,1470
02371774	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	14,70	►	0,1470
02359804	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	14,70	►	0,1470
02252015	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	14,70	►	0,1470
			500	73,50	►	0,1470
02312719	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	14,70	►	0,1470
02356899	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	14,70	►	0,1470
			500	73,50	►	0,1470
02533928	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	14,70	►	0,1470
02283573	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	14,70	►	0,1470
02303663	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	14,70	►	0,1470
02328313	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	100	14,70	►	0,1470
			500	73,50	►	0,1470
02264188	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	60	8,82	►	0,1470
			100	14,70	►	0,1470

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
				3 mg	PPB
02369125	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	60,83	► 0,6083
02282151	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	60,83	► 0,6083
02359561	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	60,83	► 0,6083
02371804	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	60,83	► 0,6083
02359839	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	60,83	► 0,6083
02252058	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	60,83	► 0,6083
			500	304,15	► 0,6083
02312743	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	60,83	► 0,6083
02356929	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	60,83	► 0,6083
			250	152,08	► 0,6083
02533952	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	60,83	► 0,6083
			250	152,08	► 0,6083
02283611	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	60,83	► 0,6083
			250	152,08	► 0,6083
02279827	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	60,83	► 0,6083
			250	152,08	► 0,6083
02328364	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	60	36,50	► 0,6083
			100	60,83	► 0,6083
02264226	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	60	36,50	► 0,6083
			100	60,83	► 0,6083
Co.					
				4 mg	PPB
02369133	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	81,11	► 0,8111
02282178	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	81,11	► 0,8111
02359588	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	81,11	► 0,8111
02371812	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	81,11	► 0,8111
02359847	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	81,11	► 0,8111
02252066	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	81,11	► 0,8111
02312751	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	81,11	► 0,8111
02356937	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	81,11	► 0,8111
02533960	<i>Rispéridone</i>	Sivem	100	81,11	► 0,8111
02283638	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	60	48,67	► 0,8111
			100	81,11	► 0,8111
02279835	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	81,11	► 0,8111
02328372	<i>Taro-Risperidone</i>	Sun Pharma	100	81,11	► 0,8111
02264234	<i>Teva-Risperidone</i>	Teva Can	100	81,11	► 0,8111
Trousse (Pd. Inj. I.M.)					
02298465	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	75,41	
Trousse (Pd. Inj. I.M.)					
02255707	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	156,09	
Trousse (Pd. Inj. I.M.)					
02255723	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	234,16	
Trousse (Pd. Inj. I.M.)					
02255758	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	312,20	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RISPÉRIDONE (TARTRATE DE) 

Sol. Orale

02454319	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	30 ml	13,99	1 mg/mL PPB
02279266	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	30 ml	13,99	0,4663

TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

00345539	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	13,40	1 mg
----------	------------------------	-----------	-----	-------	------

Co.

00312754	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	17,93	2 mg
----------	------------------------	-----------	-----	-------	------

Co.

00312746	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	23,75	5 mg
----------	------------------------	-----------	-----	-------	------

Co.

00326836	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	28,46	10 mg
----------	------------------------	-----------	-----	-------	-------

Co.

00595942	<i>Trifluopérazine</i>	AA Pharma	100	64,45	20 mg
----------	------------------------	-----------	-----	-------	-------

ZIPRASIDONE 

Caps.

02449544	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60	81,89	20 mg PPB
02298597	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	100	136,48	1,3648
			60	81,89	1,3648

Caps.

02449552	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60	93,80	40 mg PPB
02298600	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	100	156,33	1,5633
			60	93,80	1,5633

Caps.

02449560	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60	93,80	60 mg PPB
02298619	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	100	156,33	1,5633
			60	93,80	1,5633

Caps.

02449579	<i>Auro-Ziprasidone</i>	AuroPharma	60	93,80	80 mg PPB
02298627	<i>Zeldox</i>	BGP Pharma	100	156,33	1,5633
			60	93,80	1,5633

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE) □

Sol. Inj. I.M.

02230405	Clopixol-acuphase	Lundbeck	1 ml	50 mg/mL	14,91
----------	-------------------	----------	------	----------	-------

ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE) □

Sol. Inj. I.M.

02230406	Clopixol dépôt	Lundbeck	1 ml	200 mg/mL	14,91
----------	----------------	----------	------	-----------	-------

ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE) □

Co.

02230402	Clopixol	Lundbeck	100	10 mg	0,3835
----------	----------	----------	-----	-------	--------

Co.

02230403	Clopixol	Lundbeck	100	25 mg	0,9588
----------	----------	----------	-----	-------	--------

28:20.04

AMPHÉTAMINES

DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE) ♦

Caps. L.A.

01924559	Dexédrine	Paladin	100	10 mg PPB	0,8171
02448319	Teva-Dextroamphetamine SR	Teva Can	100	81,71 80,96	0,8096

Caps. L.A.

01924567	Dexédrine	Paladin	100	15 mg PPB	1,0005
02448327	Teva-Dextroamphetamine SR	Teva Can	100	100,05 98,98	0,9898

Co.

01924516	Dexédrine	Paladin	100	5 mg PPB	0,5689
02443236	Dextroamphetamine	AA Pharma	100	56,89 50,81	0,5081

28:20.32

STIMULANTS RESPIRATOIRES ET DU SNC

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ♦

Co.

02273950	Apo-Methylphenidate	Apotex	100	5 mg PPB	0,0947
02234749	pms-Methylphénidate	Phmscience	100	9,47	0,0947

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02249324	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	10 mg PPB 22,16 ➡ 0,2216	
00584991	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	110,80 ➡ 0,2216	
			500	22,16 ➡ 0,2216	
			500	110,80 ➡ 0,2216	

Co.

02249332	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	20 mg PPB 27,35 ➡ 0,2735	
00585009	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	27,35 ➡ 0,2735	

Co. L.A.

02266687	<i>Apo-Methylphenidate SR</i>	Apotex	100	20 mg 28,20	0,2820
----------	-------------------------------	--------	-----	----------------	--------

28:24.08**BENZODIAZÉPINES****ALPRAZOLAM ☒**

Co.

00865397	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	0,25 mg PPB 6,09 ➡ 0,0609	
01908189	<i>Pro-Alprazolam</i>	Pro Doc	100	60,90 ➡ 0,0609	
01913484	<i>Teva-Alprazolam</i>	Teva Can	100	6,09 ➡ 0,0609	
00548359	<i>Xanax</i>	BGP Pharma	1000	6,09 ➡ 0,0609	
			100	60,90 ➡ 0,0609	
			100	18,97 ➡ 0,1897	

Co.

00865400	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	0,5 mg PPB 7,28 ➡ 0,0728	
01908170	<i>Pro-Alprazolam</i>	Pro Doc	1000	72,80 ➡ 0,0728	
01913492	<i>Teva-Alprazolam</i>	Teva Can	100	72,80 ➡ 0,0728	
00548367	<i>Xanax</i>	BGP Pharma	1000	7,28 ➡ 0,0728	
			100	72,80 ➡ 0,0728	
			100	22,67 ➡ 0,2267	

Co.

02243611	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	1 mg PPB 20,92 ➡ 0,2092	
02248706	<i>Pro-Alprazolam</i>	Pro Doc	100	20,92 ➡ 0,2092	
00723770	<i>Xanax</i>	BGP Pharma	100	40,81 ➡ 0,4081	

Co.

02243612	<i>Apo-Alpraz TS</i>	Apotex	100	2 mg PPB 37,18 ➡ 0,3718	
00813958	<i>Xanax TS</i>	BGP Pharma	100	72,55 ➡ 0,7255	

BROMAZÉPAM ☒

Co.

02177161	<i>Apo-Bromazepam</i>	Apotex	100	3 mg PPB 7,76 ➡ 0,0776	
02230584	<i>Teva-Bromazepam</i>	Teva Can	100	7,76 ➡ 0,0776	
			500	38,80 ➡ 0,0776	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				6 mg PPB	
02177188	<i>Apo-Bromazepam</i>	Apotex	100	11,34 ➡	0,1134
02230585	<i>Teva-Bromazepam</i>	Teva Can	100	11,34 ➡	0,1134
			500	56,70 ➡	0,1134

CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE) ☒

Caps.				25 mg	
00522996	<i>Chlordiazépoxide</i>	AA Pharma	100	16,58	0,1658

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.					
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.					
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.					
02243278	<i>Lorazépam Injection</i>	Sandoz	1 ml	21,20	4 mg/mL
MIDAZOLAM ☒					
Sol. Inj.					
02242904	<i>Midazolam</i>	Fresenius	2 ml	1,56	1 mg/mL PPB
			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.					
02242905	<i>Midazolam</i>	Fresenius	1 ml	4,10	5 mg/mL PPB
			2 ml	8,20	
			10 ml	25,30	
02240286	<i>Midazolam</i>	Sandoz	1 ml	4,10	
			2 ml	8,20	
			10 ml	25,30	
OXAZÉPAM ☒					
Co.					
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-Oxazépam</i>	Apotex	100 1000	5,50 55,00	PPB ► 0,0550 0,0550
00497762	<i>Pro-Oxazepam</i>	Pro Doc	500 1000	27,50 55,00	PPB ► 0,0550 0,0550
00568406	<i>Riva-Oxazepam</i>	Riva	100 500	5,50 27,50	PPB ► 0,0550 0,0550

Co.

00402737	<i>Apo-Oxazépam</i>	Apotex	100 1000	7,50 75,00	PPB ► 0,0750 0,0750
00497770	<i>Pro-Oxazepam</i>	Pro Doc	500 1000	37,50 75,00	PPB ► 0,0750 0,0750
00568414	<i>Riva-Oxazepam</i>	Riva	100 500	7,50 37,50	PPB ► 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**ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES; DIVERS
BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE)** 

Co.

02550555	<i>AMB-Buspirone</i>	Ambicare	100	10 mg 26,59	PPB ► 0,2659
02211076	<i>Apo-Buspirone</i>	Apotex	100	26,59	PPB ► 0,2659
02500213	<i>Auro-Buspirone</i>	AuroPharma	100 1000	26,59 265,90	PPB ► 0,2659 0,2659
02447851	<i>Buspirone</i>	Sanis	100	26,59	PPB ► 0,2659
02223163	<i>Buspirone-10</i>	Pro Doc	100	26,59	PPB ► 0,2659
02509911	<i>Jamp Buspirone</i>	Jamp	100	26,59	PPB ► 0,2659
02519054	<i>Mint-Buspirone</i>	Mint	100	26,59	PPB ► 0,2659
02230942	<i>pms-Buspirone</i>	Phmscience	100	26,59	PPB ► 0,2659
02231492	<i>Teva-Buspirone</i>	Teva Can	100	26,59	PPB ► 0,2659

HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D') 

Caps.

00646059	<i>Hydroxyzine</i>	AA Pharma	100	10 mg 12,92	0,1292
----------	--------------------	-----------	-----	----------------	--------

Caps.

00646024	<i>Hydroxyzine</i>	AA Pharma	100	25 mg 15,80	PPB ► 0,1580
* 00738832	<i>Novo-Hydroxyzin</i>	Novopharm	100	5,38	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				50 mg	
00646016	Hydroxyzine	AA Pharma	100	23,88	0,2388
PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)					
Co.				50 mg	
00575186	Histantil	Phmscience	100	16,64	0,1664
28:28					
AGENTS ANTI-MANIAQUES					
LITHIUM (CARBONATE DE) 					
Caps.				150 mg	
02242837	Apo-Lithium Carbonate	Apotex	100	6,67	0,0667
00461733	Carbolith	Bausch H.	100	11,41	0,1141
02013231	Lithane	Search Phm	100	10,58	0,1058
02216132	pms-Lithium carbonate	Phmscience	100	6,67	0,0667
			1000	66,70	0,0667
Caps.				300 mg	
02242838	Apo-Lithium Carbonate	Apotex	100	6,57	0,0657
00236683	Carbolith	Bausch H.	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
Caps.				600 mg	
02011239	Carbolith	Bausch H.	100	17,00	0,1700
02216159	pms-Lithium carbonate	Phmscience	100	16,23	0,1623
28:32.28					
AGONISTES SÉLECTIFS DE LA SÉROTONINE					
ALMOTRIPTAN (MALATE D') 					
Co.				6,25 mg	
02398435	Mylan-Almotriptan	Mylan	6	42,26	7,0433
Co.				12,5 mg PPB	
02424029	Almotriptan	Pro Doc	6	14,09	2,3478
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
02511266	<i>Eletriptan</i>	Sanis	6	15,70	► 2,6167
02493683	<i>Jamp Eletriptan</i>	Jamp	6	15,70	► 2,6167
02342235	<i>Mylan-Eletriptan</i>	Mylan	6	15,70	► 2,6167
02489961	<i>Pro-Eletriptan</i>	Pro Doc	6	15,70	► 2,6167
02256290	<i>Relpax</i>	BGP Pharma	6	79,18	13,1967
02382091	<i>Teva-Eletriptan</i>	Teva Can	6	15,70	► 2,6167

Co.

				40 mg	PPB
02386062	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	► 2,6167
02518023	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	► 2,6167
02479478	<i>Auro-Eletriptan</i>	AuroPharma	6	15,70	► 2,6167
02511274	<i>Eletriptan</i>	Sanis	6	15,70	► 2,6167
02493691	<i>Jamp Eletriptan</i>	Jamp	6	15,70	► 2,6167
02342243	<i>Mylan-Eletriptan</i>	Mylan	6	15,70	► 2,6167
02489988	<i>Pro-Eletriptan</i>	Pro Doc	6	15,70	► 2,6167
02256304	<i>Relpax</i>	BGP Pharma	6	79,18	13,1967
02382105	<i>Teva-Eletriptan</i>	Teva Can	6	15,70	► 2,6167

NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE) ■

Co.

				1 mg	
02314290	<i>Teva-Naratriptan</i>	Teva Can	8	49,15	6,1433

Co.

				2,5 mg	PPB
02322323	<i>Sandoz Naratriptan</i>	Sandoz	9	55,29	► 6,1433
02314304	<i>Teva-Naratriptan</i>	Teva Can	8	49,15	► 6,1433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE) 

Co. Diss. Orale ou Co.

				5 mg	PPB
02492482	<i>AG-Rizatriptan ODT</i>	Angita	6	22,23	3,7050
02393468	<i>Apo-Rizatriptan</i>	Apotex	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
02548801	<i>M-Rizatriptan ODT</i>	Mantra Ph.	6	22,23	3,7050
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
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
02547716	<i>M-Rizatriptan</i>	Mantra Ph.	6	22,23	3,7050
			12	44,46	3,7050
02548828	<i>M-Rizatriptan ODT</i>	Mantra Ph.	6	22,23	3,7050
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>	Sivem	6	22,23	3,7050
02446138	<i>Rizatriptan ODT</i>	Pro Doc	6	22,23	3,7050
02415801	<i>Rizatriptan RDT</i>	Sandoz	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE) □

Vap. nasal

02230420	<i>Imitrex</i>	GSK	2	20 mg 27,31	13,6550
----------	----------------	-----	---	----------------	---------

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE) □

Co.

				50 mg	PPB
02268388	<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	6	16,64 ➔	2,7732
02212153	<i>Imitrex DF</i>	GSK	6	83,86 ➔	13,9767
02545357	<i>JAMP Sumatriptan</i>	Jamp	6	16,64 ➔	2,7732
02545306	<i>JAMP Sumatriptan DF</i>	Jamp	6	16,64 ➔	2,7732
02268914	<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	6	16,64 ➔	2,7732
02256436	<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	6	16,64 ➔	2,7732
			30	83,20 ➔	2,7732
02324652	<i>Sumatriptan</i>	Pro Doc	6	16,64 ➔	2,7732
02286521	<i>Sumatriptan</i>	Sanis	6	16,64 ➔	2,7732
02546035	<i>Sumatriptan</i>	Sivem	6	16,64 ➔	2,7732
02385570	<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	6	16,64 ➔	2,7732
02286823	<i>Teva-Sumatriptan DF</i>	Teva Can	6	16,64 ➔	2,7732

Co.

				100 mg	PPB
02268396	<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	6	18,33 ➔	3,0549
02212161	<i>Imitrex DF</i>	GSK	6	92,38 ➔	15,3967
02545365	<i>JAMP Sumatriptan</i>	Jamp	6	18,33 ➔	3,0549
02545314	<i>JAMP Sumatriptan DF</i>	Jamp	6	18,33 ➔	3,0549
02268922	<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	6	18,33 ➔	3,0549
02256444	<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	6	18,33 ➔	3,0549
			30	91,65 ➔	3,0549
02324660	<i>Sumatriptan</i>	Pro Doc	6	18,33 ➔	3,0549
02286548	<i>Sumatriptan</i>	Sanis	6	18,33 ➔	3,0549
02546043	<i>Sumatriptan</i>	Sivem	6	18,33 ➔	3,0549
02385589	<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	6	18,33 ➔	3,0549
02239367	<i>Teva-Sumatriptan</i>	Teva Can	6	18,33 ➔	3,0549
02286831	<i>Teva-Sumatriptan DF</i>	Teva Can	6	18,33 ➔	3,0549
			50	152,75 ➔	3,0549

Sol. Inj. S.C.

				6 mg/0,5 mL	PPB
99000598	<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	2	73,24 ➔	36,6200
02361698	<i>Taro-Sumatriptan</i>	Taro	2	66,35 ➔	33,1750

Trousse

				6 mg/0,5 mL
02212188	<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	1	81,32

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ZOLMITRIPTAN 

Co. Diss. Orale ou Co.

			2,5 mg	PPB	
02481030	<i>Auro-Zolmitriptan</i>	AuroPharma	6	10,52	► 1,7532
			30	52,60	► 1,7532
02512831	<i>Bio-Zolmitriptan</i>	Biomed	6	10,52	► 1,7532
02421623	<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	6	10,52	► 1,7532
02477106	<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	6	10,52	► 1,7532
02428237	<i>Jamp-Zolmitriptan ODT</i>	Jamp	6	10,52	► 1,7532
02399458	<i>Mar-Zolmitriptan</i>	Marcan	6	10,52	► 1,7532
02419521	<i>Mint-Zolmitriptan</i>	Mint	6	10,52	► 1,7532
02421534	<i>NAT-Zolmitriptan</i>	Natco	6	10,52	► 1,7532
			100	175,32	► 1,7532
02489392	<i>NRA-Zolmitriptan</i>	Nora	6	10,52	► 1,7532
02362988	<i>Sandoz Zolmitriptan</i>	Sandoz	3	5,26	► 1,7532
			6	10,52	► 1,7532
02362996	<i>Sandoz Zolmitriptan ODT</i>	Sandoz	2	3,51	► 1,7532
			6	10,52	► 1,7532
02313960	<i>Teva Zolmitriptan</i>	Teva Can	6	10,52	► 1,7532
02342545	<i>Teva Zolmitriptan OD</i>	Teva Can	6	10,52	► 1,7532
02442655	<i>Zolmitriptan</i>	Sanis	6	10,52	► 1,7532
02442671	<i>Zolmitriptan ODT</i>	Sanis	6	10,52	► 1,7532
02238660	<i>Zomig</i>	Xediton	6	83,10	13,8500
02243045	<i>Zomig Rapimelt</i>	Xediton	6	83,10	13,8500

Vap. nasal

			5 mg		
02248993	<i>Zomig</i>	Xediton	6	83,10	13,8500

28:32.92

AGENTS ANTICÉPHALÉE, DIVERS

PIZOTIFÈNE (MALATE DE) 

Co.

			1 mg		
00511552	<i>Sandomigran DS</i>	Paladin	100	62,83	0,6283

28:36

AGENTS ANTIPARKINSONIENS

ÉTHOPROPАЗИЗІН (ХЛОРГІДРАТ Д') 

Co.

			50 mg		
01927744	<i>Parsitan</i>	Search Phm	100	19,53	0,1953

LÉVODOPA/ BENSÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

			50 mg -12,5 mg		
00522597	<i>Prolopa 50/12.5</i>	Roche	100	27,87	0,2787

Caps.

			100 mg -25 mg		
00386464	<i>Prolopa 100/25</i>	Roche	100	45,88	0,4588

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE 

Co.			50 mg - 12,5 mg - 200 mg		
02305933	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			75 mg - 18,75 mg - 200 mg		
02337827	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			100 mg - 25 mg - 200 mg		
02305941	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			125 mg - 31,25 mg - 200 mg		
02337835	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.			150 mg - 37,5 mg - 200 mg		
02305968	Stalevo	Sandoz	100	160,05	1,6005

28:36.04

ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D') 

Caps.			100 mg		
01990403	PDP-Amantadine	Pendopharm	100	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

28:36.08

AGENTS ANTICHOLOINERGIQUES

BENZTROPINE (MÉSYLATE DE) 

Co.			1 mg		
00706531	PDP-Benztropine	Pendopharm	1000	52,20	0,0522

TRIHEXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			2 mg		
00545058	Trihexyphenidyl	AA Pharma	100	3,76	0,0376

Co.			5 mg		
00545074	Trihex	AA Pharma	100	6,81	0,0681

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:36.12

INHIB. CATÉCHOL-O-MÉTHYL-TRANSFÉRASE (COMT)

ENTACAPONE

Co.

			200 mg	PPB	
02321459	Apo-Entacapone	Apotex	100	40,10	► 0,4010
02243763	Comtan	Sandoz	100	151,92	1,5192
02535939	Mint-Entacapone	Mint	100	40,10	► 0,4010
02380005	Sandoz Entacapone	Sandoz	100	40,10	► 0,4010
02375559	Teva Entacapone	Teva Can	100	40,10	► 0,4010

28:36.16

PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE

LÉVODOPA/ CARBIDOPA

Co.

			100 mg -10 mg	PPB	
02195933	Apo-Levocarb	Apotex	100	10,87	► 0,1087
02531593	Auro-Levocarb	AuroPharma	100	10,87	► 0,1087
			500	54,35	► 0,1087
02546396	JAMP Levocarb	Jamp	100	10,87	► 0,1087
02244494	Novo-Levocarbidopa	Novopharm	100	10,87	► 0,1087
02549719	pms-Levodopa-Carbidopa	Phmscience	100	10,87	► 0,1087

Co.

			100 mg -25 mg	PPB	
02551365	AG-Levocarb	Angita	500	81,15	► 0,1623
02195941	Apo-Levocarb	Apotex	100	16,23	► 0,1623
			500	81,15	► 0,1623
02531607	Auro-Levocarb	AuroPharma	100	16,23	► 0,1623
			500	81,15	► 0,1623
02546418	JAMP Levocarb	Jamp	100	16,23	► 0,1623
			500	81,15	► 0,1623
02457962	Mint-Levocarb	Mint	100	16,23	► 0,1623
			500	81,15	► 0,1623
02244495	Novo-Levocarbidopa	Novopharm	100	16,23	► 0,1623
			500	81,15	► 0,1623
02549727	pms-Levodopa-Carbidopa	Phmscience	100	16,23	► 0,1623
			500	81,15	► 0,1623
02311178	Pro-Levocarb-100/25	Pro Doc	100	16,23	R
			500	81,15	R

Co. L.A.

			100 mg -25 mg		
02272873	Levocarb CR	AA Pharma	100	79,74	0,7974

Co. L.A.

			200 mg -50 mg		
02245211	Levocarb CR	AA Pharma	100	142,82	1,4282

28:36.20

AGONISTES DES RÉCEPTEURS DE LA DOPAMINE

BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE)

Caps.

			5 mg		
02230454	Bromocriptine	AA Pharma	100	152,51	1,5251

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				2,5 mg	
	02087324 <i>Bromocriptine</i>	AA Pharma	100	101,88	1,0188

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) □

Co.

0,25 mg PPB

02297302	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	19,50	►	0,1950
02292378	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	19,50	►	0,1950
02424061	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	19,50	►	0,1950
			500	97,50	►	0,1950
02237145	<i>Mirapex</i>	Bo. Ing.	100	105,13		1,0513
02325802	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	19,50	►	0,1950
02367602	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	19,50	►	0,1950
02309122	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	19,50	►	0,1950
02315262	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	19,50	►	0,1950

Co.

0,5 mg PPB

02297310	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	40,18	►	0,4018
02292386	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	40,18	►	0,4018
02424088	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	40,18	►	0,4018
			500	200,90	►	0,4018
02325810	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	40,18	►	0,4018
02367610	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	40,18	►	0,4018
02309130	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	40,18	►	0,4018
02315270	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	40,18	►	0,4018

Co.

1 mg PPB

02297329	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	39,01	►	0,3901
02292394	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	39,01	►	0,3901
02424096	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	39,01	►	0,3901
			500	195,05	►	0,3901
02325829	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	39,01	►	0,3901
02367629	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	39,01	►	0,3901
02309149	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	39,01	►	0,3901
02315289	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	39,01	►	0,3901

Co.

1,5 mg PPB

02297337	<i>Act Pramipexole</i>	Teva Can	100	39,01	►	0,3901
02292408	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	39,01	►	0,3901
02424118	<i>Auro-Pramipexole</i>	AuroPharma	100	39,01	►	0,3901
			500	195,05	►	0,3901
02325837	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	39,01	►	0,3901
02367645	<i>Pramipexole</i>	Sanis	100	39,01	►	0,3901
02309157	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	39,01	►	0,3901
02315297	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	39,01	►	0,3901

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE) □

Co.

02314037	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	0,25 mg PPB 14,41 ➔	0,1441
02316846	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	14,41 ➔	0,1441

Co.

02314053	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	1 mg PPB 57,62 ➔	0,5762
02316854	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	57,62 ➔	0,5762

Co.

02314061	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	2 mg PPB 63,38 ➔	0,6338
02316862	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	63,38 ➔	0,6338

Co.

02314088	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	5 mg PPB 85,96 ➔	0,8596
02316870	<i>Teva-Ropinirole</i>	Teva Can	100	85,96 ➔	0,8596

28:36.32

INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE B

SAFINAMIDE (MÉSYLATE DE) □

Co.

02484641	<i>Onstryv</i>	Valeo	30	50 mg 207,00	6,9000
----------	----------------	-------	----	-----------------	--------

Co.

02484668	<i>Onstryv</i>	Valeo	30	100 mg 207,00	6,9000
----------	----------------	-------	----	------------------	--------

SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE) □

Co.

* 02230641	<i>Selegiline</i>	AA Pharma	100	5 mg 170,72	1,7072
------------	-------------------	-----------	-----	----------------	--------

28:92

AGENTS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, DIVERS

BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE) □

Co.

02449153	<i>Auro-Betahistine</i>	AuroPharma	100	16 mg PPB 11,06 ➔	0,1106
02466449	<i>Betahistine</i>	Sanis	100	11,06 ➔	0,1106
02519690	<i>M-Bétahistine</i>	Mantra Ph.	100	11,06 ➔	0,1106
02538148	<i>Mint-Betahistine</i>	Mint	100	11,06 ➔	0,1106
02544938	<i>NRA-Betahistine</i>	Nora	30	3,32 ➔	0,1106
			100	11,06 ➔	0,1106
02330210	<i>pms-Betahistine</i>	Phmscience	100	11,06 ➔	0,1106
02243878	<i>Serc</i>	BGP Pharma	100	45,99 ➔	0,4599
02280191	<i>Teva-Betahistine</i>	Teva Can	100	11,06 ➔	0,1106

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02449161	<i>Auro-Betahistine</i>	AuroPharma	100	16,59	24 mg PPB ► 0,1659
02466457	<i>Betahistine</i>	Sanis	100	16,59	► 0,1659
02519704	<i>M-Bétahistine</i>	Mantra Ph.	100	16,59	► 0,1659
02538156	<i>Mint-Betahistine</i>	Mint	100	16,59	► 0,1659
02544946	<i>NRA-Betahistine</i>	Nora	30	4,98	► 0,1659
			100	16,59	► 0,1659
02330237	<i>pms-Betahistine</i>	Phmscience	100	16,59	► 0,1659
02247998	<i>Serc</i>	BGP Pharma	100	68,97	0,6897
02280205	<i>Teva-Betahistine</i>	Teva Can	100	16,59	► 0,1659

TETRABENAZINE 

Co.

02407590	<i>Apo-Tetrabenazine</i>	Apotex	100	166,69	25 mg PPB ► 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 DIAGNOSTIQUE

36:26 diabète sucré
36:88 contenu de l'urines et des selles
36:88.12 cétones
36:88.40 sucre

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

36:00

AGENTS DIAGNOSTIQUE

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG POUR TEST PAR LE PHARMACIEN

Bandelette

99114132	<i>CoaguChek PT Test</i>	Roche Diag	48	297,60	6,2000
99101324	<i>CoaguChek XS PT Test</i>	Roche Diag	6	37,20	6,2000
			24	148,80	6,2000
			48	297,60	6,2000
99113493	<i>CoaguChek XS PT Test PST</i>	Roche Diag	6	37,20	6,2000
			24	148,80	6,2000

36:26

DIABÈTE SUCRÉ

RÉACTIF QUANTITATIF DES CÉTONES DANS LE SANG

Bandelette

99100929	<i>FreeStyle Precision (Cétone)</i>	Abbott	10	19,50	PPB
99004879	<i>Precision Xtra (Cétone)</i>	Ab Diabete	10	15,06	►

- 12 Une bandelette est remboursable pour mesurer le rapport international normalisé (RIN) chez les personnes pour qui un pharmacien qui pratique en milieu communautaire prend en charge l'ajustement de la dose d'un antagoniste de la vitamine K pour l'atteinte de cibles thérapeutiques. De plus, un maximum d'une bandelette par jour est remboursable par personne.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG ³¹

Bandelette

99002884	Accu-Chek Advantage	Roche SD	50	40,80	
99100214	Accu-Chek Aviva	Roche SD	100	71,25	
99004364	Accu-Chek Compact	Roche SD	50	40,80	
			100	71,25	
			51	41,62	
			102	72,68	
99101387	Accu-Chek Guide	Roche SD	50	34,07	
			100	68,13	
99100791	Accu-Chek Mobile	Roche SD	100	71,25	
99101011	Bravo	DEXmedical	100	39,99	
99101275	CareSens N	I-Sens	100	50,00	
99100096	Contour	Ascensia	50	40,81	
			100	69,89	
99100849	Contour NEXT	Ascensia	100	69,89	
99101233	Fora Test N'GO	TaiDoc	50	25,00	
99100478	FreeStyle Lite	Ab Diabète	50	37,00	
			100	69,00	
99100928	FreeStyle Precision	Abbott	100	68,90	
99101090	GE200	Bionime	100	51,00	
99101184	Medi+Sure	Medisure	50	34,00	
			100	68,00	
99114045	MediSure Empower	Medisure	50	34,00	
			100	68,00	
99100787	OneTouch Verio	Lifescan	100	69,43	
99113794	Rapid Response Gluco-MD	BTNX	50	34,50	
99101313	Spirit Blood Glucose Test Strips	Ara Pharm	100	50,00	
99101186	SureTest	Skymed	50	25,00	
99100413	TrueTrack	Nipro Diag	50	22,78	
			100	39,57	
99004240	Ultra	Lifescan	50	39,75	
			100	69,43	

36:88

CONTENU DE L'URINES ET DES SELLES

RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DE L'ACÉTONE ET DU GLUCOSE

Bandelette

00035149	Keto-Diastix	Ascensia	100	13,03	
----------	--------------	----------	-----	-------	--

36:88.12

CÉTONES

RÉACTIF QUALITATIF DE L'ACÉTONE

Bandelette

00035092	Ketostix	Ascensia	50	6,06	
----------	----------	----------	----	------	--

31 Pour connaître le nombre maximal de bandelettes couvert par le régime général d'assurance médicaments selon la situation de la personne, veuillez consulter le point 9 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
36:88.40					
SUCRE					
RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DU GLUCOSE					
Bandelette					
00035130	<i>Diastix</i>	Ascensia	50	5,44	

40:00
ÉQUILIBRE ÉLECTROLYTIQUE

- 40:08** agents alcalinisants
- 40:12** préparations de remplacement
- 40:18** agents d'élimination d'ions
 - 40:18.18 agents d'élimination du potassium
- 40:20** agents caloriques
- 40:28** diurétiques
 - 40:28.08 diurétiques de l'anse
 - 40:28.16 diurétiques d'épargne potassique
 - 40:28.20 diurétiques thiazidiques
 - 40:28.24 diurétiques de type thiazidique
 - 40:28.92 diurétiques, divers

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

40:08

AGENTS ALCALINISANTS

ACIDE CITRIQUE/ CITRATE DE SODIUM

Sol. Orale 00721344	Dicitrate	Pendopharm	334 mg -500 mg/5 mL 500 ml	22,33	0,0447
------------------------	-----------	------------	-------------------------------	-------	--------

BICARBONATE DE SODIUM

Co.				500 mg	PPB	
	80030520	Jamp-Sodium Bicarbonate	Jamp	500	34,20	0,0684
	80123328	M-Sodium Bicarbonate	Mantra Ph.	500	34,20	0,0684
	80022194	Sandoz Sodium Bicarbonate	Sandoz	500	34,20	0,0684

40:12

PRÉPARATIONS DE REMPLACEMENT

CALCIUM (CARBONATE DE)

Co.				500 mg	PPB	
	80103904	AG-Calcium 500 mg	Angita	500	10,80	0,0216
	80076097	Alta-Cal	Altamed	500	10,80	0,0216
	80066648	Bio-Calcium	Biomed	500	10,80	0,0216
	80003773	Calcium 500	Trianon	100	2,16	0,0216
				500	10,80	0,0216
	80067139	Calcium Tablet	Cellchem	60	1,30	0,0216
	02237352	Euro-Cal	Sandoz	500	10,80	0,0216
	80124033	i-Cal 500	InfoPharma	500	10,80	0,0216
	02246040	Jamp-Calcium	Jamp	500	10,80	0,0216
				1000	21,60	0,0216
	80055526	MCal 500 mg	Mantra Ph.	500	10,80	0,0216
	80120791	Nora Calcium	Nora	500	10,80	0,0216
	80001408	Novo-Calcium	Novopharm	500	10,80	0,0216
	00618098	Nu-Cal	Odan	100	2,16	0,0216
				500	10,80	0,0216
	80039952	Opus Cal 500	Opus	500	10,80	0,0216
	80001122	Pharma-Cal 500 mg	Pendopharm	500	10,80	0,0216
				1000	21,60	0,0216
	80079608	Pro-Cal-500	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	PPB	
80103511	AG-Calcium Carbonate + Vitamin D 500 mg + 400 UI	Angita	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80101376	AG-Calcium D 400 Croq.	Angita	60	7,20 ➡	0,1200
80101377	AG-Calcium D 400 foncé	Angita	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80066647	Bio-Calcium-D	Biomed	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80012594	Biocal-D Forte	Biomed	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80090977	Bio-Cal-D3	Biomed	500	60,00 ➡	0,1200
80088060	Bio-Cal-D3 Forte	Biomed	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80000159	Calcia 400	Medexus	60	7,20 ➡	0,1200
80004963	Calcite 500 + D 400	Riva	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80004969	Calcium 500 + D 400	Trianon	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80083997	Calcium 500 + Vitamine D400	Altamed	60	7,20 ➡	0,1200
80066082	Calcium 500 Vitamine D400	Altamed	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
80066089	Calcium 500 Vitamine D400 UI	Altamed	60	7,20 ➡	0,1200
			500	60,00 ➡	0,1200
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	Pharma-Cal D 400 UI Foncé	Phmscience	60	7,20	0,1200
80008566	Pro-Cal-D 400	Pro Doc	500	60,00	0,1200
80065914	Riva-Cal D400	Riva	60	7,20	0,1200
			500	60,00	0,1200

Co. ou Co. Croq. ou Caps.			500 mg - 1 000 UI	PPB	
80105522	AG-Calcium D 1000 Croq.	Angita	60	7,20	0,1200
80101375	AG-Calcium D 1000 Jaune	Angita	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027407	Bio-CAL-D3 +	Biomed	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80025501	Calcite 500 + D 1000	Riva	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80066093	Calcium 500 Vitamine D1000	Altamed	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80018540	Cal-Os D 1000	Jamp	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027625	Carbocal D 1000	Sandoz	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80027787	Jamp-Calcium+Vitamine D 1000 UI (Co. Croq.)	Jamp	60	7,20	0,1200
80025051	LiquiCal-D	Mayaka	100	12,00	0,1200
80028899	Liqui-Jamp Fort	Jamp	120	14,40	0,1200
80019536	MCal D1000	Mantra Ph.	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80050701	MCal D1000 à croquer	Mantra Ph.	60	7,20	0,1200
80120728	Nora CAL-D 1000	Nora	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80039162	Opus Cal D-1000	Opus	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200
80072757	Riva-Cal D1000	Riva	30	3,60	0,1200
			500	60,00	0,1200

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Co.			250 mg - 200 U.I.		
80015811	Jamp-Calcium Citrate et Vitamine D 200 UI	Jamp	120	7,20	0,0600
			360	21,60	0,0600

Co.			250 mg - 500 UI		
80025304	Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 500 UI	Jamp	60	3,60	0,0600
			360	21,60	0,0600

Co. Croq.

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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

*	80027403	Jamp Rehydralyte	Jamp	10	5,1 g / sac. PPB	16,58	1,6575
+	80142195	Opus-HydraElectrolyte	Opus	10		16,58	1,6575

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 500 mg	Mantra Ph.	100	10,88	⇒	0,1088
80115982	Opus Gluconate de Magnésium	Opus	100	10,88	⇒	0,1088

PHOSPHATE ACIDE DE SODIUM/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ POTASSIUM (BICARBONATE DE)

Co. Eff.

				500 mg en P - 469 mg - 123 mg	
80047562	Jamp-Sodium Phosphate	Jamp	20	34,97	1,7485

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	R
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

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
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

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
80109304	PRZ K-Citrate	Pharmaris	100	15,45	► 0,1545

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Orale 80011529	K-Citra 10 Solution	Seaford	10 mmol/5 mL (en K+) 450 ml	19,97	0,0444
------------------------	---------------------	---------	--------------------------------	-------	--------

SODIUM (CHLORURE DE) Sol. Inj. I.V. 99100498			234 mg/mL 11 30 ml		
--	--	--	-----------------------	--	--

Sol. pour Inh. 80029758	Nebusal 7 %	Sterimax	70 mg/mL (4 mL) 60	53,00	0,8833
----------------------------	-------------	----------	-----------------------	-------	--------

40:18.18

AGENTS D'ÉLIMINATION DU POTASSIUM POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)

Pd. Orale 02502631	Jamp Calcium Polystyrene Sulfonate	Jamp	Pouvoir liant: 1,6 mmol de k/g PPB 300 g	71,94	
02017741	Resonium Calcium	SanofiAven	300 g	71,94	

POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE)

Pd. Orale 02497557	Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate	Jamp	Pouvoir liant: 1 mmol de k/g PPB 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 02473968	Odan-Sodium polystyrene sulfonate	Odan	Pouvoir liant: 1 mmol de k/4mL PPB 500 ml	52,19	0,1044
00769541	Solystat	Pendopharm	500 ml	52,19	0,1044

40:20

AGENTS CALORIQUES LÉVOCARNITINE

Co. 02144328	Carnitor	Leadiant	330 mg 90	340,71	3,7857
-----------------	----------	----------	--------------	--------	--------

Sol. Inj. I.V. 02144344	Carnitor	Leadiant	1 g/5 mL 5 ml	87,94	
----------------------------	----------	----------	------------------	-------	--

11 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Orale				100 mg/mL	PPB
02144336	<i>Carnitor</i>	Leadiant	118 ml	44,95	► 0,3809
02492105	<i>Odan Levocarnitine</i>	Odan	118 ml	44,95	► 0,3809

40:28.08

**DIURÉTIQUES DE L'ANSE
ÉTHACRYNIQUE (ACIDE) □**

Co.				25 mg	
02258528	<i>Edecrin</i>	Bausch H.	100	30,96	0,3096

FUROSÉMIDE □

Co.				20 mg	PPB
00396788	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	1000	20,90	► 0,0209
02351420	<i>Furosemide</i>	Sanis	1000	20,90	► 0,0209
02466759	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	1000	20,90	► 0,0209
00496723	<i>Pro-Furosemide</i>	Pro Doc	1000	20,90	► 0,0209
00337730	<i>Teva-Furosemide</i>	Teva Can	100	2,09	► 0,0209
			1000	20,90	► 0,0209

Co.				40 mg	PPB
00362166	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	1000	32,18	► 0,0322
02351439	<i>Furosemide</i>	Sanis	1000	32,18	► 0,0322
02466767	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	1000	32,18	► 0,0322
02247494	<i>pms-Furosémide</i>	Phmscience	500	16,09	► 0,0322
00397792	<i>Pro-Furosemide</i>	Pro Doc	1000	32,18	► 0,0322
00337749	<i>Teva-Furosemide</i>	Teva Can	100	3,22	► 0,0322
			1000	32,18	► 0,0322

Co.				80 mg	PPB
00707570	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	100	6,54	► 0,0654
02351447	<i>Furosemide</i>	Sanis	100	6,54	► 0,0654
02466775	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	100	6,54	► 0,0654
00667080	<i>Pro-Furosemide</i>	Pro Doc	100	6,54	► 0,0654
			500	32,70	► 0,0654
00765953	<i>Teva-Furosemide</i>	Teva Can	100	6,54	► 0,0654

Co.				500 mg	
02224755	<i>Lasix Spécial</i>	SanofiAven	20	52,47	2,6235

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.					
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					
40:28.16					
DIURÉTIQUES D'ÉPARGNE POTASSIQUE					
AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')					
Co.					
02249510	<i>Midamor</i>	AA Pharma	100	31,37	0,3137
5 mg					
40:28.20					
DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES					
HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co.					
02327856	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	500	3,95	0,0079
02425947	<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	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
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 DE TYPE THIAZIDIQUE

CHLORTHALIDONE 

Co.

12,5 mg

02523795	<i>Jamp Chlorthalidone</i>	Jamp	100	11,21	0,1121
----------	----------------------------	------	-----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 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
INDAPAMIDE					
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
METOLAZONE					
Co. 00888400	Zaroxolyn	SanofiAven	100	2,5 mg 16,14	0,1614
40:28.92					
DIURÉTIQUES, DIVERS					
AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE					
Co. 00784400	Amilzide	AA Pharma	1000	5 mg -50 mg 83,78	0,0838
SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE					
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
TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE					
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** **agents anti-inflammatoires**
48:10.24 antagonistes des récepteurs aux
 leucotriènes
48:24 **agents mucolytiques**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

48:10.24

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS AUX LEUCOTRIÈNES

MONTÉLUKAST SODIQUE ▶

Co.

			10 mg	PPB	
02482835	<i>AG-Montelukast</i>	Angita	30	12,69 ➡	0,4231
02374609	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	12,69 ➡	0,4231
			90	38,08 ➡	0,4231
02401274	<i>Auro-Montelukast</i>	AuroPharma	30	12,69 ➡	0,4231
			90	38,08 ➡	0,4231
02445735	<i>Bio-Montelukast</i>	Biomed	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02391422	<i>Jamp-Montelukast</i>	Jamp	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02399997	<i>Mar-Montelukast</i>	Marcan	30	12,69 ➡	0,4231
02408643	<i>Mint-Montelukast</i>	Mint	100	42,31 ➡	0,4231
02488183	<i>M-Montelukast</i>	Mantra Ph.	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02379856	<i>Montelukast</i>	Pro Doc	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02379333	<i>Montelukast</i>	Sanis	100	42,31 ➡	0,4231
02382474	<i>Montelukast</i>	Sivem	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02379236	<i>Montéluukast sodique</i>	Accord	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02522136	<i>NAT-Montelukast</i>	Natco	30	12,69 ➡	0,4231
02489821	<i>NRA-Montelukast</i>	Nora	30	12,69 ➡	0,4231
02373947	<i>pms-Montelukast FC</i>	Phmscience	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02398826	<i>Riva-Montelukast FC</i>	Riva	30	12,69 ➡	0,4231
02328593	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	100	42,31 ➡	0,4231
02238217	<i>Singulair</i>	Organon	30	68,23	2,2743
02389517	<i>Taro-Montelukast</i>	Sun Pharma	30	12,69 ➡	0,4231
			100	42,31 ➡	0,4231
02355523	<i>Teva Montelukast</i>	Teva Can	30	12,69 ➡	0,4231

Co. Croq.

			4 mg	PPB	
02377608	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	8,27 ➡	0,2758
02514877	<i>Jamp Montelukast Chewable Tablets</i>	Jamp	30	8,27 ➡	0,2758
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

PRÉPARATIONS YEUX, OREILLES, NEZ ET GORGE

- 52:02 agents antiallergiques**
- 52:04 anti-infectieux**
- 52:04.04 antibactériens
- 52:08 agents anti-inflammatoires**
- 52:08.08 corticostéroïdes
- 52:16 anesthésiques locaux**
- 52:24 mydriatiques**
- 52:40 agents antiglaucomes**
- 52:40.04 agonistes alpha-adrénergiques
- 52:40.08 bêta-bloquants
- 52:40.12 inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
- 52:40.20 miotiques
- 52:40.28 analogues de prostaglandine
- 52:40.92 agents antiglaucomes, divers
- 52:92 médicaments yeux, oreilles, nez, gorge et divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

52:02

AGENTS ANTIALLERGIQUES

CROMOGLICATE SODIQUE

Sol. Oph.

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

ANTIBACTÉRIENS

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 % PPB	
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 % PPB	
02141574	<i>Erythromycine</i>	Stulln	3,5 g	► 14,70 14,70	

FUSIDIQUE (ACIDE) 

Sol. Oph.

02243862	<i>Fucithalmic</i>	Amdipharm	5 g	1 % 10,10	
----------	--------------------	-----------	-----	--------------	--

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 % PPB	
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

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 

Aéro ou Vap Nasal

02238796	<i>Apo-Béclométhasone AQ</i>	Apotex	0,05 mg/dose	PPB	
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	PPB	
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 % PPB	
00042560	<i>Maxidex</i>	Novartis	5 ml	 8,06	

FLUOROMÉTHOLONE 

Susp. Oph.

00247855	<i>FML</i>	AbbVie	5 ml	0,1 % PPB	
00432814	<i>Sandoz Fluorometholone</i>	Sandoz	10 ml  30,58		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	PPB	
02453738	Teva-Fluticasone	Teva Can	120 dose(s)	►	21,97

MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE) 

Vap. nasal

02403587	Apo-Mometasone	Apotex	50 mcg/dose	PPB	
02519127	Mometasone	Sanis	140 dose(s)	►	10,39
02551756	Mometasone	Sivem	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	5 ml	1 % PPB	
01916203	Sandoz Prednisolone	Sandoz	10 ml	►	8,50

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Vap Nasal

02417510	Nasacort Allergie 24H	Sanofi San	120 dose(s)	55 mcg/dose	
----------	-----------------------	------------	-------------	--------------------	--

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 

Vap. nasal

02437635	Apo-Triamcinolone AQ	Apotex	55 mcg/dose	PPB	
02213834	Nasacort AQ	Sanofi San	120 dose(s)	►	18,00

52:16

ANESTHÉSIQUES LOCAUX

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Gel Top. (Oral)

01968823	Lidodan Visqueuse	Odan	50 ml	2 %	
			100 ml	►	0,2700

13,50

27,00

0,2700

0,2700

52:24

MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D') 

Sol. Oph.

02023695	Atropine	Stulln	15 ml	1 % PPB	
00035017	Isopto Atropine	Alcon	5 ml	►	8,24

8,24

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 % PPB	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 % PPB	11,55
02301334	<i>Brimonidine P</i>	AA Pharma	10 ml	►	23,10

Sol. Oph.

02236876	<i>Alphagan</i>	AbbVie	5 ml	0,2 % PPB	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 ophtalmique 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 % PPB	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

BÊTA-BLOQUANTS

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 % PPB	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 % PPB	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	Teva Can	2,5 ml	0,005 % - 0,5 % PPB	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
02373068	Mylan-Latanoprost/Timolol	Mylan	2,5 ml		11,07
02489368	Solution ophtalmique 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	12,14	6,07
02166720	<i>Sandoz Timolol</i>	Sandoz	5 ml	12,14	6,07
00451207	<i>Timoptic</i>	Elvium	10 ml	12,14	33,39
			10 ml		

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	12,14	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	12,14	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	12,14	6,56
02457210	<i>Med-Dorzolamide</i>	GMP	5 ml	12,14	6,56
02316307	<i>Sandoz Dorzolamide</i>	Sandoz	5 ml	12,14	6,56
02216205	<i>Trusopt</i>	Elvium	5 ml	12,14	17,94
			5 ml		

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.

02245882	<i>Méthazolamide</i>	AA Pharma	100	50 mg	49,13	0,4913
----------	----------------------	-----------	-----	-------	-------	--------

52:40.20

MIOTIQUES

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) 

Sol. Oph.

			2 %	
00000868	<i>Isopto Carpine</i>	Novartis	15 ml	3,70

52:40.28

ANALOGUES DE PROSTAGLANDINE

BIMATOPROST 

Sol. Oph.

			0,01 %	
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
02373041	<i>Mylan-Latanoprost</i>	Mylan	2,5 ml	►	9,08
02341085	<i>Riva-Latanoprost</i>	Riva	2,5 ml	►	9,08
02367335	<i>Sandoz Latanoprost</i>	Sandoz	2,5 ml	►	9,08
02489570	<i>Solution ophtalmique de latanoprost</i>	Hikma	2,5 ml	►	9,08
02254786	<i>Teva-Latanoprost</i>	Teva Can	2,5 ml	►	9,08
02231493	<i>Xalatan</i>	BGP Pharma	2,5 ml	►	27,38

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.

02436256	ACT Latanoprost/Timolol	Teva Can	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
02373068	Mylan-Latanoprost/Timolol	Mylan	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
02548089	JAMP Travoprost Z	Jamp	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

AGENTS ANTIGLAUCOMES, DIVERS

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.

02258692	Cosopt sans préservateur	Elvium	60		28,41
					0,4735

52:92

MÉDICAMENTS YEUX, OREILLES, NEZ, GORGE ET DIVERS

ANÉTHOLE TRITHIONE

Co.

02240344	Sialor	Phmscience	60	25 mg	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** **agents anti-diarrhéiques**
- 56:14** **agents cholélitholytiques**
- 56:16** **digestifs**
- 56:22** **antiémétiques**
- 56:22.08 antihistaminiques
- 56:22.92 antiémétiques, divers
- 56:28** **agents antiulcéreux et antiacides**
- 56:28.12 antagonistes d'histamine h2
- 56:28.28 prostaglandines
- 56:28.32 protecteurs
- 56:28.36 inhibiteurs de la pompe à protons
- 56:32** **agents prokinétiques**
- 56:36** **agents anti-inflammatoires**
- 56:92** **médicaments gastro-intestinaux, divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

56:08

AGENTS ANTI-DIARRHÉIQUES

DIPHÉNOXYLATE (CHLORHYDRATE DE/ ATROPINE (SULFATE D') ®

Co.

00036323	<i>Lomotil</i>	Pfizer	250	2,5 mg -0,025 mg 110,33	0,4413
----------	----------------	--------	-----	----------------------------	--------

LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				2 mg	PPB
02256452	<i>Jamp-Loperamide</i>	Jamp	120	11,42	► 0,0952
02225182	<i>Loperamide-2</i>	Pro Doc	500	47,58	► 0,0952
02228351	<i>pms-Lopéramide</i>	Phmscience	100	9,52	► 0,0952
			500	47,58	► 0,0952
02238211	<i>Riva-Loperamide</i>	Riva	100	9,52	► 0,0952
			500	47,58	► 0,0952
02132591	<i>Teva-Loperamide</i>	Teva Can	100	9,52	► 0,0952
			500	47,58	► 0,0952

56:14

AGENTS CHOLÉLITHOLYTIQUES

URSODIOL ®

Co.

				250 mg	PPB
02505363	<i>AG-Ursodiol</i>	Angita	100	38,18	► 0,3818
02426900	<i>GLN-Ursodiol</i>	Glenmark	100	38,18	► 0,3818
			500	190,90	► 0,3818
02472392	<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	100	38,18	► 0,3818
			500	190,90	► 0,3818
02544032	<i>NRA-Ursodiol</i>	Nora	100	38,18	► 0,3818
			500	190,90	► 0,3818
02273497	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	100	38,18	► 0,3818
			500	190,90	► 0,3818
02515520	<i>Ursodiol C</i>	Sanis	100	38,18	► 0,3818

Co.

				500 mg	PPB
02505371	<i>AG-Ursodiol</i>	Angita	100	72,42	► 0,7242
02426919	<i>GLN-Ursodiol</i>	Glenmark	100	72,42	► 0,7242
02472406	<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	100	72,42	► 0,7242
02544024	<i>NRA-Ursodiol</i>	Nora	100	72,42	► 0,7242
			500	362,10	► 0,7242
02273500	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	100	72,42	► 0,7242
02515539	<i>Ursodiol C</i>	Sanis	100	72,42	► 0,7242

56:16

DIGESTIFS

LACTASE

Co.

02239139	<i>Jamp-Enzyme Lactase Régulier</i>	Jamp	100	3 000 U 12,69	0,1269
----------	-------------------------------------	------	-----	------------------	--------

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 16,45	0,3290
Co. Croq. 80018706	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	80	4 500 U 15,30	0,1913
PANCRÉLIPASE (LIPASE-AMYLASE-PROTÉASE) ■					
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	Viokace (10 440 USP unités de lipase)	Nestlé H.S	10 440 U -56 400 U -57 100 U 100	17,03	0,1703
Co. 02241933	Viokace (20 880 USP unités de lipase)	Nestlé H.S	20 880 U -113 400 U -112 500 U 100	34,06	0,3406
Gran. Ent. 02445158	Creon Minimicrosphères MICRO	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	Dimenhydrinate	Sandoz	1 ml 5 ml	50 mg/mL 1,08 4,30	
----------	----------------	--------	--------------	--------------------------	--

DOXYLAMINE (SUCCINATE DE)/ PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.

02552574	ALOG-Doxylamine/ Pyridoxine	Analog Ph	100 300	10 mg -10 mg 32,01 96,03	PPB 0,3201 0,3201
02413248	Apo-Doxylamine/B6	Apotex	100 500	32,01 160,05	0,3201 0,3201
00609129	Diclectin	Duchesnay	100 300	127,20 381,61	1,2720 1,2720
02406187	pms-Doxylamine-Pyridoxine	Phmscience	100 500	32,01 160,05	0,3201 0,3201

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)

Co.

00886440	Prochlorazine	AA Pharma	100	5 mg 16,59	0,1659
----------	---------------	-----------	-----	---------------	--------

Co.

00886432	Prochlorazine	AA Pharma	100	10 mg 20,25	0,2025
----------	---------------	-----------	-----	----------------	--------

56:22.92

ANTIÉMÉTIQUES, DIVERS

NABILONE

Caps.

02256193	Cesamet	Bausch H.	50	0,5 mg 155,13	PPB 3,1026
02380900	pms-Nabilone	Phmscience	100	77,56	0,7756
02384884	Teva Nabilone	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 D'HISTAMINE H2****FAMOTIDINE**

Co.

02509970	AG-Famotidine	Angita	100	26,57	0,2657
02351102	Famotidine	Sanis	100	26,57	0,2657
02549107	Famotidine	Sivem	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
02351110	Famotidine	Sanis	100	48,33	0,4833
02549115	Famotidine	Sivem	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	R
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			300 mg PPB		
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

Sol. Orale

			150 mg/10 mL		
02280833	Apo-Ranitidine	Apotex	300 ml	44,40	0,1480

56:28.28**PROSTAGLANDINES****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

MISOPROSTOL 

Co.

			100 mcg		
02244022	Misoprostol	AA Pharma	100	26,36	0,2636

Co.

			200 mcg		
02244023	Misoprostol	AA Pharma	100	43,89	0,4389

56:28.32**PROTECTEURS****SUCRALFATE **

Co.

			1 g PPB		
02100622	Sulcrate	AbbVie	100	54,41	0,5441
02045702	Teva-Sucralfate	Teva Can	100	13,09	0,1309
			500	65,44	0,1309

Susp. Orale

			1 g/5 mL		
02103567	Sulcrate Plus	AbbVie	500 ml	49,42	0,0988

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

56:28.36

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

DEXLANSOPRAZOLE 30 

Caps. L.A.

		30 mg PPB			
02354950	<i>Dexilant</i>	Takeda	90	32,65	0,3628
02536390	<i>Dexlansoprazole</i>	Altius	90	32,65	0,3628

Caps. L.A.

		60 mg PPB			
02354969	<i>Dexilant</i>	Takeda	90	32,65	0,3628
02536404	<i>Dexlansoprazole</i>	Altius	90	32,65	0,3628

ESOMÉPRAZOLE (MAGNÉSIUM TRIHYDRATÉ) 30 

Co. L.A.

		20 mg PPB			
02339099	<i>Apo-Esomeprazole</i>	Apotex	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02520699	<i>Esomeprazole</i>	Jamp	100	55,00	0,3628
02394839	<i>Esomeprazole</i>	Pro Doc	30	16,50	0,3628
02535335	<i>Esomeprazole</i>	Sanis	100	55,00	0,3628
02442493	<i>Esomeprazole</i>	Sivem	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02520109	<i>M-Esomeprazole</i>	Mantra Ph.	100	55,00	0,3628
02479419	<i>MYL-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00	0,3628
02244521	<i>Nexium</i>	AZC	28	52,33	0,3628
02528479	<i>pmsc-Esomeprazole DR</i>	Phmscience	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02460920	<i>Sandoz Esomeprazole</i>	Sandoz	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02423979	<i>Taro-Esomeprazole</i>	Sun Pharma	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02423855	<i>TEVA Esomeprazole</i>	Teva Can	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628

30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A. ou Caps. L.A.

				40 mg	PPB
02339102	<i>Apo-Esomeprazole</i>	Apotex	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02520702	<i>Esomeprazole</i>	Jamp	100	55,00	0,3628
			500	275,00	0,3628
02394847	<i>Esomeprazole</i>	Pro Doc	30	16,50	0,3628
			500	275,00	0,3628
02431173	<i>Esomeprazole</i>	Sanis	100	55,00	0,3628
02442507	<i>Esomeprazole</i>	Sivem	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02520117	<i>M-Esomeprazole</i>	Mantra Ph.	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02479427	<i>MYL-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00	0,3628
02244522	<i>Nexium</i>	AZC	28	52,33	0,3628
			100	186,90	0,3628
02528487	<i>pmsc-Esomeprazole DR</i>	Phmscience	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
+ 02557681	<i>Riva-Esomeprazole</i>	Riva	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02460939	<i>Sandoz Esomeprazole</i>	Sandoz	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02423987	<i>Taro-Esomeprazole</i>	Sun Pharma	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628
02423863	<i>TEVA Esomeprazole</i>	Teva Can	30	16,50	0,3628
			100	55,00	0,3628

LANSOPRAZOLE 30

Co. L.A. ou Caps. L.A.

				15 mg	PPB
02293811	<i>Apo-Lansoprazole</i>	Apotex	100	36,28	0,3628
02357682	<i>Lansoprazole</i>	Sanis	100	36,28	0,3628
02385767	<i>Lansoprazole</i>	Sivem	100	36,28	0,3628
02489805	<i>M-Lansoprazole</i>	Mantra Ph.	100	36,28	0,3628
02353830	<i>Mylan-Lansoprazole</i>	Mylan	100	36,28	0,3628
02165503	<i>Prevacid</i>	BGP Pharma	30	60,00	0,3628
			100	200,00	0,3628
02249464	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	30	60,00	0,3628
02422808	<i>Riva-Lansoprazole</i>	Riva	100	36,28	0,3628
02385643	<i>Sandoz Lansoprazole</i>	Sandoz	100	36,28	0,3628
02402610	<i>Taro-Lansoprazole</i>	Sun Pharma	100	36,28	0,3628
02280515	<i>Teva-Lansoprazole</i>	Teva Can	30	10,88	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
02357690	<i>Lansoprazole</i>	Sanis	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627
02410389	<i>Lansoprazole</i>	Sivem	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627
02489813	<i>M-Lansoprazole</i>	Mantra Ph.	100	36,27	0,3627
02353849	<i>Mylan-Lansoprazole</i>	Mylan	100	36,27	0,3627
02165511	<i>Prevacid</i>	BGP Pharma	30	60,00	0,3628
			100	200,00	0,3628
02249472	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	30	60,00	0,3628
02366282	<i>Pro-Lansoprazole</i>	Pro Doc	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627
02422816	<i>Riva-Lansoprazole</i>	Riva	100	36,27	0,3627
02385651	<i>Sandoz Lansoprazole</i>	Sandoz	100	36,27	0,3627
02402629	<i>Taro-Lansoprazole</i>	Sun Pharma	100	36,27	0,3627
02280523	<i>Teva-Lansoprazole</i>	Teva Can	100	36,27	0,3627
			500	181,33	0,3627

OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIEN) ³⁰ 

Co. L.A. ou Caps. L.A.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. ou Caps. L.A.					
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
02348691	<i>Omeprazole</i>	Sanis	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02339927	<i>Omeprazole (caps.)</i>	Pro Doc	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02416549	<i>Omeprazole Magnesium (co.)</i>	Accord	100	22,87	0,2287
02504294	<i>Omeprazole Magnesium DR</i>	Sanis	100	22,87	0,2287
02411857	<i>Omeprazole-20</i>	Sivem	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02402416	<i>Riva-Omeprazole DR (co.)</i>	Riva	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287
02296446	<i>Sandoz Omeprazole (Caps.)</i>	Sandoz	100	22,87	0,2287
			500	114,35	0,2287

30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANTOPRAZOLE (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
02557304	<i>NB-Pantoprazole</i>	NB Pharma	500	100,80 ➡	0,2016
02471825	<i>NRA-Pantoprazole</i>	Nora	30	6,05 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02229453	<i>Pantoloc</i>	Takeda	100	204,16 ➡	0,3628
02469138	<i>Pantoprazole</i>	Altamed	30	6,05 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02547368	<i>Pantoprazole</i>	Dac Pharma	500	100,80 ➡	0,2016
02498723	<i>Pantoprazole</i>	Nora	500	100,80 ➡	0,2016
02318695	<i>Pantoprazole</i>	Pro Doc	30	6,05 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02431327	<i>Pantoprazole</i>	Riva	30	6,05 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02370808	<i>Pantoprazole</i>	Sanis	100	20,16 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02428180	<i>Pantoprazole</i>	Sivem	100	20,16 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02307871	<i>pms-Pantoprazole</i>	Phmscience	100	20,16 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02316463	<i>Riva-Pantoprazole</i>	Riva	100	20,16 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02301083	<i>Sandoz Pantoprazole</i>	Sandoz	30	6,05 ➡	0,2016
			100	20,16 ➡	0,2016
02305046	<i>Taro-Pantoprazole</i>	Sun Pharma	100	20,16 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016
02267233	<i>Tecta</i>	Takeda	30	22,50 ➡	0,3628
02285487	<i>Teva-Pantoprazole</i>	Teva Can	100	20,16 ➡	0,2016
			500	100,80 ➡	0,2016

30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RABÉPRAZOLE SODIQUE 30

Co. Ent.

				10 mg	PPB
02415283	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
*	Taro-Rabeprazole	Sun Pharma	100	6,69	R

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
*	Taro-Rabeprazole	Sun Pharma	100	13,38	R

56:32

AGENTS PROKINÉTIQUES

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
02369206	Jamp-Domperidone	Jamp	500	21,40	0,0428
02403870	Mar-Domperidone	Marcan	500	21,40	0,0428
*	02236857 Pro-Domperidone	Pro Doc	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	2,57	0,0257
02230431	PMS-Metoclopramide tablets	Phmscience	100	2,57	0,0257
02548747	PRZ-Metoclopramide	Pharmaris	100	2,57	0,0257

- 30 Pour connaître les durées maximales de la couverture par le régime général des inhibiteurs de la pompe à protons selon les pathologies ou les conditions particulières de la personne, veuillez consulter le point 8 de la Liste des médicaments.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.					
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	
Sol. Orale					
02230433	<i>PMS-Metoclopramide oral solution</i>	Phmscience	500 ml	1 mg/mL 32,20	0,0644
56:36					
AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES					
5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE) 					
Co. Ent.					
02545012	<i>Mezera</i>	Avir	100	1 g 103,82	1,0382
02399466	<i>Pentasa</i>	Ferring	60	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>	AbbVie	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>	AbbVie	30	48,00	1,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp. 02112760	Salofalk	AbbVie	30	500 mg 34,19	1,1397
Susp. Rect. 02112795	Salofalk (58,2 mL)	AbbVie	7	2 g 25,76	3,6800
Susp. Rect. 02153556 02112809	Pentasa (100 mL) Salofalk (58,2 mL)	Ferring AbbVie	1 7	4 g PPB 4,46 43,68	6,2400
OLSALAZINE SODIQUE R					
Caps. 02063808	Dipentum	Search Phm	100	250 mg 49,93	0,4993
56:92					
MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX, DIVERS					
LANSOPRAZOLE/ AMOXICILLINE/ CLARITHROMYCINE R					
Trousse (orale solide)				30 mg-2 x 500 mg-500 mg PPB	
02470780 * 02238525	AA-Lansoprazole- Amoxicillin-Clarithromycin Hp-PAC	AA Pharma BGP Pharma	7 7	67,91 67,91	9,7014 R

64:00

ANTAGONISTES DES MÉTAUX LOURDS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

64:00

ANTAGONISTES DES MÉTAUX LOURDS

DÉFÉRASIROX

Co.

				90 mg	PPB
02485265	Apo-Deferasirox (Type J)	Apotex	30	78,91	► 2,6303
02527774	Auro-Déferasirox (Type J)	Aurobindo	30	78,91	► 2,6303
02528290	pms-Deferasirox (Type J)	Phmscience	30	78,91	► 2,6303
02489899	Sandoz Deferasirox (Type J)	Sandoz	30	78,91	► 2,6303
02507315	Taro-Deferasirox (Type J)	Taro	30	78,91	► 2,6303

Co.

				180 mg	PPB
02485273	Apo-Deferasirox (Type J)	Apotex	30	157,83	► 5,2610
02527782	Auro-Déferasirox (Type J)	Aurobindo	30	157,83	► 5,2610
02528304	pms-Deferasirox (Type J)	Phmscience	30	157,83	► 5,2610
02489902	Sandoz Deferasirox (Type J)	Sandoz	30	157,83	► 5,2610
02507323	Taro-Deferasirox (Type J)	Taro	30	157,83	► 5,2610

Co.

				360 mg	PPB
02485281	Apo-Deferasirox (Type J)	Apotex	30	315,68	► 10,5228
02527790	Auro-Déferasirox (Type J)	Aurobindo	30	315,68	► 10,5228
02528312	pms-Deferasirox (Type J)	Phmscience	30	315,68	► 10,5228
02489910	Sandoz Deferasirox (Type J)	Sandoz	30	315,68	► 10,5228
02507331	Taro-Deferasirox (Type J)	Taro	30	315,68	► 10,5228

Co. Disp.

				125 mg	PPB
02461544	Apo-Deferasirox	Apotex	30	157,22	► 5,2408
02464454	Sandoz Deferasirox	Sandoz	28	146,74	► 5,2408

Co. Disp.

				250 mg	PPB
02461552	Apo-Deferasirox	Apotex	30	314,46	► 10,4820
02464462	Sandoz Deferasirox	Sandoz	28	293,50	► 10,4820

Co. Disp.

				500 mg	PPB
02461560	Apo-Deferasirox	Apotex	30	628,95	► 20,9649
02464470	Sandoz Deferasirox	Sandoz	28	587,02	► 20,9649

DÉFÉROXAMINE (MÉSYLATE DE)

Pd. Inj.

01981242	Desferal	Novartis	1	500 mg	
				13,97	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PÉNICILLAMINE R

Caps.

00016055	<i>Cuprimine</i>	Bausch H.	100	250 mg 85,00	0,8500
----------	------------------	-----------	-----	-----------------	--------

68:00

HORMONES ET SUBSTITUTS SYNTHÉTIQUES

68:04	glandes surrénales
68:08	androgènes
68:12	contraceptifs
68:16	estrogènes et agon.-antagon. des estrogènes
68:16.04	estrogènes
68:16.08	anti-estrogènes
68:16.12	agonistes-antagonistes des estrogènes
68:18	gonadotrophines et antigonadotrophines
68:18.04	antigonadotrophines
68:20	agents antidiabétiques
68:20.02	inhibiteurs de l'alphaglucosidase
68:20.04	biguanides
68:20.08	insulines
68:20.16	méglitinides
68:20.20	sulfonylurées
68:22	agents anti-hypoglycémiques
68:22.12	agents glycogénolytiques
68:24	agents parathyroïdiens et antiparathyroïdiens
68:28	hypophyse
68:32	progestatifs
68:36	agents thyroïdiens et anti-thyroïdiens
68:36.04	agents thyroïdiens
68:36.08	agents anti-thyroïdiens

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:04

GLANDES SURRENALES

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 (2 mL) **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)	45,87
----------	---------	-------	-------------	-------

Aéro. oral

200 mcg/dose

02285614	Alvesco	Covis	120 dose(s)	75,65
----------	---------	-------	-------------	-------

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 PPB 23,96	0,2396
02552248	JAMP Fludrocortisone	Jamp	100	22,76	0,2276

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	200 mcg 30 dose(s)	69,40	
---------------------------	------------------------	-----	-----------------------	-------	--

FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 					
Aéro. oral					
02528428	<i>Apo-Fluticasone HFA</i>	Apotex	50 mcg/dose	PPB	
02244291	<i>Flovent HFA</i>	GSK	120 dose(s) ►	14,21	
02503115	<i>pms-Fluticasone HFA</i>	Phmscience	120 dose(s) ►	22,61	
			120 dose(s) ►	14,21	

Aéro. oral					
02526557	<i>Apo-Fluticasone HFA</i>	Apotex	125 mcg/dose	PPB	
02244292	<i>Flovent HFA</i>	GSK	120 dose(s) ►	23,41	
02503123	<i>pms-Fluticasone HFA</i>	Phmscience	120 dose(s) ►	38,05	
			120 dose(s) ►	23,41	

Aéro. oral					
02510987	<i>Apo-Fluticasone HFA</i>	Apotex	250 mcg/dose	PPB	
02244293	<i>Flovent HFA</i>	GSK	120 dose(s) ►	45,02	
02503131	<i>pms-Fluticasone HFA</i>	Phmscience	120 dose(s) ►	76,11	
			120 dose(s) ►	45,02	

Pd. pour Inh. 02467895	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	55 mcg/dose 60 dose(s)	16,96	
---------------------------	---------------------------	----------	---------------------------	-------	--

Pd. pour Inh. 02237245	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	100 mcg/coque 60 dose(s)	22,61	
---------------------------	-----------------------	-----	-----------------------------	-------	--

Pd. pour Inh. 02467909	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	113 mcg/dose 60 dose(s)	30,96	
---------------------------	---------------------------	----------	----------------------------	-------	--

Pd. pour Inh. 02467917	<i>Aermony Respiclick</i>	Teva Can	232 mcg/dose 60 dose(s)	48,15	
---------------------------	---------------------------	----------	----------------------------	-------	--

Pd. pour Inh. 02237246	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	250 mcg/coque 60 dose(s)	38,05	
---------------------------	-----------------------	-----	-----------------------------	-------	--

Pd. pour Inh. 02237247	<i>Flovent Diskus</i>	GSK	500 mcg/coque 60 dose(s)	64,20	
---------------------------	-----------------------	-----	-----------------------------	-------	--

HEXACÉTONIDE DE TRIAMCINOLONE 					
Susp. Inj.					
02470632	<i>Trispan</i>	Medexus	20 mg/mL (1 mL) 10	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 PPB 16,39 21,85	0,1639 0,2185
----------------------	--------------------------------------	----------------------	------------	------------------------------------	------------------

Co.

02524473 00030929	Auro-Hydrocortisone <i>Cortef</i>	AuroPharma Pfizer	100 100	20 mg PPB 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	
MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE) 					
Pd. Inj. 02241229 02367971	Méthylprednisolone Solu-Medrol	Novopharm Pfizer	1 1	1 g PPB 31,00 66,57	
Méthylprednisolone (Solu-Medrol)					
Pd. Inj. 02231893 02367947	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	
MOMÉTASONE (FUROATE DE) 					
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	
PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 					
Sol. Orale 02245532	pms-Prednisolone	Phmscience	120 ml	5 mg/5 mL 10,80	0,0900
PREDNISONE 					
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	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) ♀

Sol. Inj. Huil.

02536315	<i>Énanthate de testostérone injectable</i>	Hikma	5 ml	200 mg/mL	24,42
----------	---	-------	------	-----------	-------

TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) ♀

Caps.

02322498	<i>pms-Testosterone</i>	Phmscience	100	40 mg PPB	47,00	R
02421186	<i>Taro-Testosterone</i>	Taro	120		56,40	R
			60		28,20	⇒ 0,4700
			120		56,40	⇒ 0,4700

68:12

CONTRACEPTIFS

DROSPIRÉNONE □

Co.

02522802	<i>Slynd (28)</i>	Duchesnay	1	4 mg	12,66
----------	-------------------	-----------	---	------	-------

ESTÉTROL MONOHYDRATÉ ET DROSPIRÉNONE □

Co. (28)

02513218	<i>Nextstellis</i>	Search Phm	1	15 mg - 3 mg	17,77
----------	--------------------	------------	---	--------------	-------

ÉTHINYLESTRADIOL/ DÉSOGESTREL □

Co.

0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg

02272903	<i>Linessa 21</i>	Aspen	1	12,40	
02257238	<i>Linessa 28</i>	Aspen	1	12,40	

Co.

0,030 mg -0,15 mg PPB

02317192	<i>Apri 21</i>	Teva Can	1	⇒ 7,77	
02317206	<i>Apri 28</i>	Teva Can	1	⇒ 7,77	
02396491	<i>Freya 21</i>	Mylan	1	⇒ 7,77	
02396610	<i>Freya 28</i>	Mylan	1	⇒ 7,77	
02042487	<i>Marvelon 21</i>	Organon	1	12,95	
02042479	<i>Marvelon 28</i>	Organon	1	12,95	
02556553	<i>Miley 21</i>	Ambicare	1	⇒ 7,77	
02556561	<i>Miley 28</i>	Ambicare	1	⇒ 7,77	
02410249	<i>Mirvala 21</i>	Apotex	1	⇒ 7,77	
02410257	<i>Mirvala 28</i>	Apotex	1	⇒ 7,77	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉTHINYLESTRADIOL/ DROSPIRENONE 

Co.

02462060	<i>Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 28</i>	Glenmark	3	0,02 mg -3 mg PPB 24,78	8,2600
02415380	<i>Mya 28</i>	Apotex	1	8,26	
02321157	<i>Yaz 28</i>	Bayer	1	11,84	

Co.

02421437	<i>Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 21</i>	Glenmark	3	0,03 mg -3 mg PPB 18,66	6,2188
02421445	<i>Comprimés de drospirénone et d'éthinylestradiol 28</i>	Glenmark	3	18,66	6,2188
02261723	<i>Yasmin 21</i>	Bayer	1	11,84	
02261731	<i>Yasmin 28</i>	Bayer	1	11,84	
02410788	<i>Zamine 21</i>	Apotex	1	6,22	
02410796	<i>Zamine 28</i>	Apotex	1	6,22	

ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL 

Anneau vag.

02520028	<i>Halooette</i>	Search Phm	1	2,6 mg -11,4 mg PPB 12,54	
			3	37,62	12,5400
02253186	<i>Nuvaring</i>	Organon	1	12,54	
			3	37,62	12,5400

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL 

Co.

02236974	<i>Alesse 21</i>	Pfizer	1	0,020 mg -0,10 mg PPB 12,70	
02236975	<i>Alesse 28</i>	Pfizer	1	12,70	
02387875	<i>Alysena 21</i>	Apotex	1	3,94	
			3	11,82	3,9400
02387883	<i>Alysena 28</i>	Apotex	1	3,94	
			3	11,82	3,9400
02532174	<i>Audrina 21</i>	Jamp	1	3,94	
02532182	<i>Audrina 28</i>	Jamp	1	3,94	
02298538	<i>Aviane 21</i>	Teva Can	1	3,94	
02298546	<i>Aviane 28</i>	Teva Can	1	3,94	
02424282	<i>LAYLAA 21</i>	Lupin	1	3,94	
02424290	<i>LAYLAA 28</i>	Lupin	1	3,94	

Co.

00707600	<i>Triquilar 21</i>	Bayer	1	0,03 mg -0,05 mg -0,04 mg -0,075 mg -0,03 mg -0,125 mg 14,52	
00707503	<i>Triquilar 28</i>	Bayer	1	14,52	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02042320	Min-Ovral 21	Pfizer	1	0,03 mg -0,15 mg PPB	12,13
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	0,03 mg -0,15 mg PPB	45,96
02296659	Seasonale	Teva Can	1		54,06
ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL - ÉTHINYLESTRADIOL					
Co.					
0,03 mg - 0,15 mg (84 co.)/0,01 mg (7 co.)					
02346176	Seasonique	Teva Can	1		52,66
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE					
Timbre cut. (3)					
02248297	Evra	Search Phm	1	0,60 mg - 6 mg	14,95
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE					
Co.					
0,035 mg -0,5 mg -0,035 mg -1 mg -0,035 mg -0,5 mg					
02187086	Bréviron 0,5/35 (21)	Pfizer	1	0,035 mg -0,5 mg	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	0,035 mg -1 mg	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
ÉTHINYLESTRADIOL/ NORGESTIMATE					
Co.					
0,035 mg -0,180 mg -0,035 mg -0,215 mg -0,035 mg -0,25 mg PPB					
02508087	Tri-Cira (21)	Apotex	1	0,035 mg -0,180 mg -0,035 mg -0,215 mg -0,035 mg -0,25 mg PPB	12,69
02508095	Tri-Cira (28)	Apotex	1		12,69
02486296	Tri-Jordyna 21	Glenmark	3		38,07
02486318	Tri-Jordyna 28	Glenmark	3		38,07

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉTONOGESTREL

Implant

02499509	Nexplanon	Organon	1	68 mg	285,00
----------	-----------	---------	---	-------	--------

LÉVONORGESTREL

Co.

02433532	Backup Plan Onestep	Apotex	1	1,5 mg	PPB	4,30
02425009	Contingency One	Mylan	1			4,30
02548461	MyStep	Jamp	1			4,30
02293854	Plan B	Paladin	1			8,60

LÉVONORGESTREL

Sys. Intra-Utér.

02459523	Kyleena	Bayer	1	19,5 mg		336,82
----------	---------	-------	---	---------	--	--------

Sys. Intra-Utér.

02243005	Mirena	Bayer	1	52 mg		336,82
----------	--------	-------	---	-------	--	--------

NORÉTHINDRONE

Co. (28)

02441306	Jencycla	Lupin	1	0,35 mg	PPB	10,99
02458683	Maeve	Glenmark	1			10,99
02410303	Movisse	Mylan	1			10,99

ULIPRISTAL (ACÉTATE D')

Co.

02436329	Ella	AbbVie	1	30 mg		25,94
----------	------	--------	---	-------	--	-------

68:16.04

ESTROGÈNES

ESTRADIOL-17B

Anneau vag.

02168898	Estring	Paladin	1	2 mg		62,77
----------	---------	---------	---	------	--	-------

Co.

02449048	Lupin-Estradiol	Lupin	100	0,5 mg	PPB	10,74
02225190	pms-ESTRADOL	Phmscience	100			13,44

Co.

02449056	Lupin-Estradiol	Lupin	100	1 mg	PPB	20,78
02148587	pms-ESTRADOL	Phmscience	100			25,97

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				2 mg PPB	
02449064 02148595	Lupin-Estradiol pms-ESTRADOL	Lupin Phmscience	100 100	36,66 45,86	0,3666 0,4586
Co. Vag.				4 mcg	
02503689	Imvexxy	Knight	18	65,32	
Co. Vag.				10 mcg	
02503697	Imvexxy	Knight	18	65,32	
Co. Vag. (App.)				10 mcg	
02325462	Vagifem 10	N.Nordisk	18	42,07	
Gel Top.				0,06 %	
02238704	Estrogel	Organon	80 g	24,35	
ESTRADIOL-17B/ PROGESTÉRONE MICRONISÉE					
Caps.				1 mg -100 mg	
02505223	Bijuva	Knight	30	26,89	0,8962
ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES					
Cr. Vag.				0,625 mg/g	
02043440	Premarin	Pfizer	30 g	24,84	
ESTRONE					
Cr. Vag.				1 mg/g	
00727369	Estragyn crème vaginale	Search Phm	45 g	15,55	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:16.08

ANTI-ESTROGÈNES

ANASTROZOLE 

Co.

				1 mg	PPB
02534118	<i>AG-Anastrozole</i>	Angita	30	28,57	0,9522
02553686	<i>AG-Anastrozole Tablets</i>	Angita	30	28,57	0,9522
02351218	<i>Anastrozole</i>	Accord	30	28,57	0,9522
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
02540584	<i>JAMP Anastrozole Tablets</i>	Jamp	30	28,57	0,9522
			100	95,22	0,9522
02339080	<i>Jamp-Anastrozole</i>	Jamp	30	28,57	0,9522
			100	95,22	0,9522
02379562	<i>Mar-Anastrozole</i>	Marcan	30	28,57	0,9522
			100	95,22	0,9522
02393573	<i>Mint-Anastrozole</i>	Mint	30	28,57	0,9522
02417855	<i>Nat-Anastrozole</i>	Natco	30	28,57	0,9522
			100	95,22	0,9522
02320738	<i>pms-Anastrozole</i>	Phmscience	30	28,57	0,9522
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

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
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
02549972	<i>M-Letrozole</i>	Mantra Ph.	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-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
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
68:18					
GONADOTROPHINES ET ANTIGONADOTROPHINES					
BUSERELINE (ACÉTATE DE) 					
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	
DEGARELIX (ACÉTATE DE) 					
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	
GONADORÉLINE 					
Pd. Inj.					
02046210 <i>Lutrepulse</i>	Ferring	1	0,8 mg	115,00	
GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) 					
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	
LEUPROLIDE (ACÉTATE DE) 					
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	
NAFARELINE (ACETATE DE) 					
Vap. nasal 02188783	Synarel	Pfizer	8 ml	2 mg/mL 283,56	
68:18.04					
ANTIGONADOTROPHINES					
CÉTRORÉLIX 					
Pd. Inj. S.C. 02247766	Cetrotide	Serono	1	0,25 mg 90,00	
GANIRELIX 					
Sol. Inj. S.C. (ser) 02245641	Orgalutran	Organon	1	250 mcg/0,5 mL 94,71	
RÉLUGOLIX 					
Co. 02542137	Orgovyx	Sumitomo	30	120 mg 270,00	9,0000
68:20.02					
INHIBITEURS DE L'ALPHAGLUCOSIDASE					
ACARBOSE 					
Co. 02494078	Mar-Acarbose	Marcan	120	50 mg 16,18	0,1348
Co. * 02494086	Mar-Acarbose	Marcan	120	100 mg 24,64	0,2053

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:20.04

BIGUANIDES

METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

			500 mg	PPB	
02494418	<i>AG-Metformin</i>	Angita	500	12,35 ➡	0,0247
02438275	<i>Auro-Metformin</i>	AuroPharma	100	2,47 ➡	0,0247
			360	8,89 ➡	0,0247
02099233	<i>Glucophage</i>	SanofiAven	100	21,31 ➡	0,2131
				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
02547767	<i>M-Metformin</i>	Mantra Ph.	100	2,47 ➡	0,0247
			500	12,35 ➡	0,0247
02536439	<i>NRA-Metformin</i>	Nora	500	12,35 ➡	0,0247
02520303	<i>pmsc-Metformin</i>	Phmscience	360	8,89 ➡	0,0247
			500	12,35 ➡	0,0247
02223562	<i>pms-Metformin</i>	Phmscience	100	2,47 ➡	0,0247
			500	12,35 ➡	0,0247
02314908	<i>Pro-Metformin</i>	Pro Doc	500	12,35 ➡	0,0247
02531895	<i>PRZ-Metformin</i>	Pharmaris	100	2,47 ➡	0,0247
			360	8,89 ➡	0,0247
02269031	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	100	2,47 ➡	0,0247
			500	12,35 ➡	0,0247
02239081	<i>Riva-Metformin</i>	Riva	100	2,47 ➡	0,0247
			500	12,35 ➡	0,0247
02246820	<i>Sandoz Metformin FC</i>	Sandoz	100	2,47 ➡	0,0247
			360	8,89 ➡	0,0247
02257726	<i>Teva-Metformin</i>	Teva Can	100	2,47 ➡	0,0247
			360	8,89 ➡	0,0247

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				850 mg	PPB
02494442	<i>AG-Metformin</i>	Angita	500	16,95	► 0,0339
02438283	<i>Auro-Metformin</i>	AuroPharma	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02162849	<i>Glucophage</i>	SanofiAven	100	30,80	0,3080
02380218	<i>Jamp Metformin</i>	Jamp	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02378639	<i>Mar-Metformin</i>	Marcan	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02353385	<i>Metformin</i>	Sanis	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02385368	<i>Metformin FC</i>	Sivem	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02388774	<i>Mint-Metformin</i>	Mint	500	16,95	► 0,0339
02547775	<i>M-Metformin</i>	Mantra Ph.	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02536447	<i>NRA-Metformin</i>	Nora	500	16,95	► 0,0339
02520311	<i>pmsc-Metformin</i>	Phmscience	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02314894	<i>Pro-Metformin</i>	Pro Doc	500	16,95	► 0,0339
02531909	<i>PRZ-Metformin</i>	Pharmaris	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02269058	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	100	3,39	► 0,0339
02242783	<i>Riva-Metformin</i>	Riva	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02246821	<i>Sandoz Metformin FC</i>	Sandoz	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339
02257734	<i>Teva-Metformin</i>	Teva Can	100	3,39	► 0,0339
			500	16,95	► 0,0339

Co.

				1000 mg	PPB
02548275	<i>M-Metformin</i>	Mantra Ph.	500	19,95	► 0,0399
02534673	<i>PRZ-Metformin</i>	Pharmaris	180	7,18	► 0,0399
			500	19,95	► 0,0399

68:20.08**INSULINES****INSULINE ASPARTE**

Sol. Inj. S.C.

				100 U/mL (3 mL)
02520974	<i>Kirsty</i>	Biocon	5	42,71
02506564	<i>Trurapi</i>	SanofiAven	5	45,00
02506572	<i>Trurapi SoloSTAR</i>	SanofiAven	5	45,00

Sol. Inj. S.C.

				100 U/mL (10 mL)
02529254	<i>Trurapi</i>	SanofiAven	1	22,64

INSULINE DÉGLUDEC

Sol. Inj. S.C.

				100 U/mL (3 mL)
02467879	<i>Tresiba FlexTouch</i>	N.Nordisk	5	98,69
02467860	<i>Tresiba Penfill</i>	N.Nordisk	5	98,69

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. 02467887	Tresiba FlexTouch	N.Nordisk	200 U/mL (3 mL) 3	118,42	
INSULINE DÉTÉMIR					
Sol. Inj. S.C. 02412829 02271842	Levemir FlexTouch Levemir Penfill	N.Nordisk N.Nordisk	100 U/mL (3 mL) 5 5	98,69 98,69	
INSULINE GLARGINE					
Sol. Inj. S.C. 02245689	Lantus	SanofiAven	100 U/mL 10 ml	58,07	
Sol. Inj. S.C. 02444844 02461528 02526441	Basaglar Basaglar KwikPen (80 U) Semglee (stylo)	Lilly Lilly Biocon	100 U/mL (3 mL) 5 5 5	69,64 69,64 63,83	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02441829	Toujeo SoloStar	SanofiAven	300 U/mL (1,5 mL) 3 5	66,42 110,70	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02493373	Toujeo DoubleStar	SanofiAven	300 U/mL (3mL) 3	132,84	
INSULINE GLULISINE					
Sol. Inj. S.C. 02279460	Apidra	SanofiAven	100 U/mL 10 ml	24,50	
Sol. Inj. S.C. 02279479 02294346	Apidra Apidra Solostar	SanofiAven SanofiAven	100 U/mL (3 mL) 5 5	48,45 49,00	
INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE					
Susp. Inj. S.C. 00587737 02024225	Humulin N Novolin ge NPH	Lilly N.Nordisk	100 U/mL 10 ml 10 ml	17,12 18,39	
Susp. Inj. S.C. 01959239 02403447 02024268	Humulin N Humulin N KwikPen Novolin ge NPH Penfill	Lilly Lilly N.Nordisk	100 U/mL (3 mL) 5 5 5	35,50 34,89 36,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

INSULINE LISPRO

Sol. Inj. S.C.

02469901	<i>Admelog</i>	SanofiAven	10 ml	100 U/mL 22,70
----------	----------------	------------	-------	-------------------

Sol. Inj. S.C.

02469898	<i>Admelog</i>	SanofiAven	5	100 U/mL (3 mL) 45,00
02469871	<i>Admelog SoloSTAR</i>	SanofiAven	5	45,00

Sol. Inj. S.C.

02439611	<i>Humalog KwikPen</i>	Lilly	5	200 U/mL (3 mL) 102,88
----------	------------------------	-------	---	---------------------------

INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Sol. Inj. S.C.

00586714	<i>Humulin R</i>	Lilly	10 ml	100 U/mL 17,12
02024233	<i>Novolin ge Toronto</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39

Sol. Inj. S.C.

01959220	<i>Humulin R</i>	Lilly	5	100 U/mL (3 mL) 35,50
02415089	<i>Humulin R KwikPen</i>	Lilly	5	35,50
02024284	<i>Novolin ge Toronto Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75

Sol. Inj. S.C.

02466864	<i>Entuzity KwikPen</i>	Lilly	2	500 U/mL (3 mL) 71,00
----------	-------------------------	-------	---	--------------------------

INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.

00795879	<i>Humulin 30/70</i>	Lilly	10 ml	30 U -70 U/mL 17,12
02024217	<i>Novolin ge 30/70</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39

Susp. Inj. S.C.

01959212	<i>Humulin 30/70</i>	Lilly	5	30 U -70 U/mL (3 mL) 35,50
02025248	<i>Novolin ge 30/70 Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:20.16

MÉGLITINIDES RÉPAGLINIDE

Co.

0,5 mg PPB					
02321475	<i>ACT Repaglinide</i>	Teva Can	100	8,08	► 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>	Teva Can	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>	Teva Can	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.					
02483300	<i>AG-Gliclazide MR</i>	Angita	60	5,59	0,0931
			100	9,31	0,0931
02297795	<i>Apo-Gliclazide MR</i>	Apotex	100	9,31	0,0931
02242987	<i>Diamicron MR</i>	Servier	60	8,43	0,1405
02524856	<i>Gliclazide MR</i>	Sanis	100	9,31	0,0931
02429764	<i>JAMP Gliclazide-MR</i>	Jamp	60	5,59	0,0931
			100	9,31	0,0931
02423286	<i>Mint-Gliclazide MR</i>	Mint	100	9,31	0,0931
02438658	<i>Mylan-Gliclazide MR</i>	Mylan	100	9,31	0,0931
02461323	<i>Sandoz Gliclazide MR</i>	Sandoz	60	5,59	0,0931
			100	9,31	0,0931
02463571	<i>Taro-Gliclazide MR</i>	Sun Pharma	100	9,31	0,0931
30 mg PPB					
Co. L.A.					
02483319	<i>AG-Gliclazide MR</i>	Angita	60	3,79	0,0632
			100	6,32	0,0632
02407124	<i>Apo-Gliclazide MR</i>	Apotex	100	6,32	0,0632
02356422	<i>Diamicron MR</i>	Servier	60	15,17	0,2528
02524864	<i>Gliclazide MR</i>	Sanis	100	6,32	0,0632
02429772	<i>JAMP Gliclazide-MR</i>	Jamp	60	3,79	0,0632
			100	6,32	0,0632
02423294	<i>Mint-Gliclazide MR</i>	Mint	100	6,32	0,0632
02461331	<i>Sandoz Gliclazide MR</i>	Sandoz	60	3,79	0,0632
			100	6,32	0,0632
02439328	<i>Taro-Gliclazide MR</i>	Sun Pharma	100	6,32	0,0632
60 mg PPB					
GLYBURIDE 					
Co.					
01913654	<i>Apo-Glyburide</i>	Apotex	100	3,21	0,0321
			500	16,03	0,0321
01959352	<i>Glyburide</i>	Pro Doc	100	3,21	R
			500	16,03	R
01913670	<i>Teva-Glyburide</i>	Teva Can	100	3,21	0,0321
			500	16,03	0,0321
2,5 mg PPB					
Co.					
01913662	<i>Apo-Glyburide</i>	Apotex	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
02485664	<i>Glyburide</i>	Pro Doc	500	28,65	R
02350467	<i>Glyburide</i>	Sanis	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
01913689	<i>Teva-Glyburide</i>	Teva Can	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
5 mg PPB					
Co.					
01913662	<i>Apo-Glyburide</i>	Apotex	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
02485664	<i>Glyburide</i>	Pro Doc	500	28,65	R
02350467	<i>Glyburide</i>	Sanis	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
01913689	<i>Teva-Glyburide</i>	Teva Can	100	5,73	0,0573
			500	28,65	0,0573
3 mg					
AGENTS GLYCOGÉNOLYTIQUES					
GLUCAGON 					
Pd. Nasale					
02492415	<i>Baqsimi</i>	Amphastar	1	131,60	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:24

**AGENTS PARATHYROÏDIENS ET ANTIPARATHYROÏDIENS
CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE) **

Sol. Inj.

01926691	<i>Calcimar Solution</i>	SanofiAven	2 ml	200 U/mL	46,04
----------	--------------------------	------------	------	----------	-------

68:28

HYPOPHYSÉ

DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE) 

Co. ou Co. Diss. Orale

02284995	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	30	0,1 mg ou 0,06 mg	PPB	0,9910
02284030	<i>Desmopressin</i>	Apotex	100	33,03	⇒	0,3303
02304368	<i>pms-Desmopressin</i>	Phmscience	100	33,03	⇒	0,3303

Co. ou Co. Diss. Orale

02285002	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	30	0,2 mg ou 0,12 mg	PPB	1,9823
02284049	<i>Desmopressin</i>	Apotex	100	66,07	⇒	0,6607
02304376	<i>pms-Desmopressin</i>	Phmscience	100	66,07	⇒	0,6607

Sol. Inj.

02513579	<i>Bipazen</i>	KVR	10	4 mcg/mL (1mL)	PPB	9,0000
00873993	<i>DDAVP</i>	Ferring	10	100,60	⇒	10,0600

Vap. nasal

02242465	<i>Desmopressin</i>	AA Pharma	25 dose(s)	10 mcg/dose		
			50 dose(s)	35,40		

68:32

PROGESTATIFS

DIÉNOGEST 

Co.

02493055	<i>Aspen-Dienogest</i>	Aspen	28	2 mg	PPB	0,5115
02498189	<i>JAMP Dienogest</i>	Jamp	28	14,32	⇒	0,5115
02551683	<i>Mar-Dienogest</i>	Marcan	28	14,32	⇒	0,5115
02543613	<i>M-Dienogest</i>	Mantra Ph.	28	14,32	⇒	0,5115
02374900	<i>Visanne</i>	Bayer	28	55,00		1,9643

MÉDROXYPROGESTÉRONE (ACÉTATE DE) 

Co.

02244726	<i>AA-Medroxy</i>	AA Pharma	100	2,5 mg		
				4,16		0,0416

Co.

02244727	<i>AA-Medroxy</i>	AA Pharma	100	5 mg	PPB	0,2602
00030937	<i>Provera</i>	Pfizer	100	26,02	⇒	0,2625

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. 02277298	AA-Medroxy	AA Pharma	100	10 mg 56,49	0,5649
-----------------	------------	-----------	-----	----------------	--------

Co. 02267640	AA-Medroxy	AA Pharma	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 02531828	ACT Progesterone Injection Progesterone injectable	Teva Can Hikma	10 ml 10 ml	50 mg/mL PPB 58,61 58,61	R
---	---	-------------------	----------------	--------------------------------	---

PROGESTÉRONE MICRONISÉE

Caps. 02493578	Auro-Progesterone	AuroPharma	30 100	100 mg PPB 9,03 30,11	0,3011 0,3011
02551268	M-Progesterone	Mantra Ph.	30 100	9,03 30,11	0,3011 0,3011
02476576	pms-Progesterone	Phmscience	30 100	9,03 30,11	0,3011 0,3011
02516187	Progéstérone	Sanis	100	30,11	0,3011
02166704	Prometrium	Organon	30	9,03	0,3011
02463113	Reddy-Progesterone	Dr Reddy's	30 100	9,03 30,11	0,3011 0,3011
02439913	Teva-Progesterone	Teva Can	30 100	9,03 30,11	0,3011 0,3011

Caps. 02480247	pms-Progesterone	Phmscience	30 100	200 mg 37,17 123,91	1,2391 1,2391
-------------------	------------------	------------	-----------	---------------------------	------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:36.04

**AGENTS THYROÏDIENS
LÉVOTHYROXINE SODIQUE**

Co.

02550709	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	0,025 mg 5,97 59,70	0,0597 0,0597
02172062	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	6,97 71,09	0,0774 0,0711

Co.

02550717	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	0,05 mg 2,74 27,40	0,0274 0,0274
02213192	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	13,70	0,0274
02172070	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	4,21 42,53	0,0468 0,0425

Co.

02550725	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	0,075 mg 6,46 64,60	0,0646 0,0646
02172089	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	7,52 76,75	0,0836 0,0768

Co.

02550733	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	0,088 mg 6,46 64,60	0,0646 0,0646
02172097	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	7,52 76,75	0,0836 0,0768

Co.

02534681	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	0,1 mg 3,36 33,60	0,0336 0,0336
02213206	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	16,82	0,0336
02172100	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	5,58 56,61	0,0620 0,0566

Co.

02550741	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	0,112 mg 6,82 68,20	0,0682 0,0682
02171228	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	7,96 81,04	0,0884 0,0810

Co.

02550768	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100 1000	0,125 mg 6,90 69,00	0,0690 0,0690
02172119	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90 1000	8,09 82,41	0,0899 0,0824

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02550776	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	0,137 mg 13,35	0,1335
			1000	133,54	0,1335
02233852	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	14,14	0,1571
			1000	157,07	0,1571
Co.					
02550784	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	0,15 mg 3,73	0,0373
			1000	37,30	0,0373
02213214	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	18,66	0,0373
02172127	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	5,99	0,0666
			1000	60,82	0,0608
Co.					
02550792	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	0,175 mg 7,40	0,0740
			1000	74,00	0,0740
02172135	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,64	0,0960
			1000	88,06	0,0881
Co.					
02550806	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	0,2 mg 3,95	0,0395
			1000	39,48	0,0395
02213222	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	19,74	0,0395
02172143	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	6,41	0,0712
			1000	64,81	0,0648
Co.					
02534703	<i>Apo-Levothyroxine</i>	Apotex	100	0,3 mg 7,97	0,0797
02172151	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,82	0,0980
LIOTHYRONINE SODIQUE ▶					
Co.					
+ 02549999	<i>Auro-Liothyronine</i>	AuroPharma	100	5 mcg PPB 68,16	0,6816
01919458	<i>Cytomel</i>	Pfizer	100	122,74	1,2274
* 02494337	<i>Teva-Liothyronine</i>	Teva Can	100	68,16	0,6816
Co.					
+ 02550008	<i>Auro-Liothyronine</i>	AuroPharma	100	25 mcg PPB 74,09	0,7409
01919466	<i>Cytomel</i>	Pfizer	100	133,41	1,3341
* 02494345	<i>Teva-Liothyronine</i>	Teva Can	100	74,09	0,7409

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:36.08

AGENTS ANTI-THYROÏDIENS

MÉTHIMAZOLE 

Co.

				5 mg	PPB	
02490625	Jamp Methimazole	Jamp	100	15,31	►	0,1531
02480107	Mar-Methimazole	Marcan	100	15,31	►	0,1531
00015741	Tapazole	Paladin	100	24,73		0,2473

PROPYLTHIOURACILE 

Co.

				50 mg	PPB	
02521059	Halycil	Accelera	56	28,00	►	0,5000
02523019	Propylthiouracile	Phebra	100	50,00	►	0,5000
			100	50,00	►	0,5000

84:00

AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES

84:04 anti-infectieux

84:04.04 antibactériens

84:04.08 antifongiques

84:04.12 scabicides et pédiculicides

84:04.92 anti-infectieux locaux, divers

84:06 agents anti-inflammatoires

84:28 agents kératolytiques

**84:92 agents de la peau et des muqueuses,
divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

84:04

ANTI-INFECTIEUX

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE)/ ADAPALÈNE/ PEROXYDE DE BENZOYLE 

Gel Top.

1,2% - 0,15% - 3,1%

02550423	Cabtreo	Bausch H.	50 g	147,42	
----------	---------	-----------	------	--------	--

84:04.04

ANTIBACTÉRIENS

BACITRACINE

Pom. Top.

500 U/g

02351714	Bacitracin	Jamp	450 g	44,72	0,0994
----------	------------	------	-------	-------	--------

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 

Sol. Top.

1 %

02266938	Taro-Clindamycin	Taro	30 ml 60 ml	12,93 25,87	
----------	------------------	------	----------------	----------------	--

FUSIDATE DE SODIUM 

Pom. Top.

2 %

00586676	Fucidin	Leo	30 g	17,78	0,5927
----------	---------	-----	------	-------	--------

FUSIDIQUE (ACIDE) 

Cr. Top.

2 % **PPB**

00586668	Fucidin	Leo	30 g	17,78	0,5927
02528096	Taro-Fusidic Acid	Taro	30 g	17,03	0,5676

MÉTRONIDAZOLE 

Cr. Top.

1 %

02156091	Noritate	Bausch H.	45 g	24,03	0,5340
----------	----------	-----------	------	-------	--------

Gel Top.

1 %

02297809	Metrogel	Galderma	55 g	33,00	0,6000
----------	----------	----------	------	-------	--------

MUPIROCINE

Pom. Top.

2 %

02279983	Taro-Mupirocin	Taro	15 g 30 g	7,43 14,85	0,4953 0,4950
----------	----------------	------	--------------	---------------	------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC

Pom. Top.

10 000 U -500 U/g PPB

00621366	<i>Bioderm</i>	Odan	15 g	5,04	0,3360
02357569	<i>Jampolycin</i>	Jamp	15 g	5,04	0,3360

84:04.08

ANTIFONGIQUES

CICLOPIROX OLAMINE R

Cr. Top.

1 %

02221802	<i>Loprox</i>	Bausch H.	60 g	18,10	0,3017
----------	---------------	-----------	------	-------	--------

Lot.

1 %

02221810	<i>Loprox</i>	Bausch H.	60 ml	18,13	
----------	---------------	-----------	-------	-------	--

CLOTTRIMAZOLE

Cr. Top.

10 mg/g

00812382	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	20 g	6,13	0,3065
			30 g	7,41	0,2470
			50 g	11,17	0,2234
			500 g	111,65	0,2233

Cr. Vag. (App.)

1 %

00812366	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	50 g	9,06	
----------	---------------------	------	------	------	--

Cr. Vag. (App.)

2 %

00812374	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	25 g	9,06	
----------	---------------------	------	------	------	--

KÉTOCONAZOLE R

Cr. Top.

2 %

02245662	<i>Ketoderm</i>	Taro	30 g	9,50	0,3167
----------	-----------------	------	------	------	--------

NYSTATINE

Cr. Top.

100 000 U/g

00716871	<i>Nyaderm</i>	Taro	454 g	28,60	0,0630
----------	----------------	------	-------	-------	--------

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) R

Cr. Top.

1 %

02031094	<i>Lamisil</i>	Novartis	30 g	14,83	0,4943
----------	----------------	----------	------	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Vap. top. 02238703	Lamisil	Novartis	30 ml	1 % 14,65	
TERCONAZOLE 					
Cr. Vag. (App.) 02247651	Taro-Terconazole	Taro	45 g	0,4 % 28,59	
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	Haleon	30 g	5 % 14,04	0,4680
Lot. 02231348	Kwellada-P Lotion	Medtech	100 ml	5 % 50,53	
PYRÉTHRINES/ BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE					
Shamp. 02125447	R & C Shampoo with conditioner	Medtech	50 ml 200 ml	0,33 % -3 % à 4 % 5,55 22,19	
84:04.92 ANTI-INFECTIEUX LOCAUX, DIVERS 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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

84:06

AGENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

AMCINONIDE □

Cr. Top.

02246714	Taro-Amcinonide	Taro	30 g 60 g	0,1 % 5,73 11,45	0,1910 0,1908
----------	-----------------	------	--------------	------------------------	------------------

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) □

Cr. Top.

02089602	Propaderm	Bausch H.	45 g 120 g	0,025 % 19,13 51,01	0,4251 0,4251
----------	-----------	-----------	---------------	---------------------------	------------------

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) □

Cr. Top.

00323071	Diprosone	Organon	50 g	0,05 % PPB 10,23	0,2046
01925350	Taro-Sone	Taro	50 g	10,23	0,2046
00804991	Teva-Topisone	Teva Can	15 g 50 g	3,07 10,23	0,2046 0,2046

Lot.

00417246	Diprosone	Organon	75 ml	0,05 % PPB 14,85	
00809187	Teva-Topisone	Teva Can	30 ml	5,94	
			75 ml	14,85	

Pom. Top.

00344923	Diprosone	Organon	50 g	0,05 % PPB 10,76	0,2152
00805009	Teva-Topisone	Teva Can	15 g	3,23	0,2152
			50 g	10,76	0,2152
			450 g	96,84	0,2152

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ BASE PROPYLÈNEGLYCOL □

Cr. Top.

00849650	Teva-Topilene	Teva Can	15 g 50 g	0,05 % 7,78 25,93	0,5186 0,5186
----------	---------------	----------	--------------	-------------------------	------------------

Lot.

01927914	Teva-Topilene	Teva Can	30 ml 60 ml	0,05 % 8,09 16,18	
----------	---------------	----------	----------------	-------------------------	--

Pom. Top.

00629367	Diprolène	Organon	50 g	0,05 % PPB 25,93	0,5186
00849669	Teva-Topilene	Teva Can	15 g	7,78	0,5186
			50 g	25,93	0,5186

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) / SALICYLIQUE (ACIDE) P					
Lot.				0,05 % -2 %	
02245688	<i>ratio-Topisalic</i>	Teva Can	30 ml 60 ml	10,57 21,14	
BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE) P					
Cr. Top.				0,05 % PPB	
00716618 00535427	<i>Bétaderm</i> <i>Teva-Ectosone</i>	Taro Teva Can	454 g 450 g	27,06 26,82	0,0596 0,0596
Cr. Top.				0,1 % PPB	
00716626 00535435	<i>Bétaderm</i> <i>Teva-Ectosone</i>	Taro Teva Can	454 g 450 g	40,36 40,01	0,0889 0,0889
Lot.				0,05 %	
00653209	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	11,40	
Lot.				0,1 %	
00750050	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	15,00	
Lot. Cap.				0,1 %	
00716634	<i>Bétaderm</i>	Taro	75 ml	6,39	
Pom. Top.				0,05 %	
00716642	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	27,06	0,0596
Pom. Top.				0,1 %	
00716650	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	40,36	0,0889
BUDÉSONIDE P					
Mousse rect.(app.)				2 mg/dose	
02498057	<i>Uceris</i>	Bausch H.	28 dose(s)	199,92	7,1400
Sol. Rect.				0,02 mg/mL (115 mL)	
02052431	<i>Entocort En Lavement</i>	Tillotts	7	75,62	10,8029

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE) 

Cr. Top.

02213265 02024187 02245523 01910272	<i>Dermovate Mylan-Clobétasol Taro-Clobetasol Teva-Clobetasol</i>	Taro Mylan Taro Teva Can	50 g	32,56	0,6512
			50 g	11,40	0,2279
			15 g	3,42	0,2279
			50 g	11,40	0,2279
			454 g	103,47	0,2279
			15 g	3,42	0,2279
			50 g	11,40	0,2279
			450 g	102,56	0,2279

0,05 % **PPB**

Lot. Cap.

02213281 * 02216213 * 02245522 01910299	<i>Dermovate Capillaire Mylan-Clobétasol Taro-Clobetasol Teva-Clobetasol</i>	Taro Mylan Taro Teva Can	60 ml	34,11	
			60 ml	23,98	
			60 ml	23,98	
			20 ml	3,98	R
			60 ml	11,94	R

0,05 % **PPB**

Pom. Top.

02213273 02026767 02245524 01910280	<i>Dermovate Mylan-Clobétasol Taro-Clobetasol Teva-Clobetasol</i>	Taro Mylan Taro Teva Can	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
			50 g	11,40	0,2279
			15 g	3,42	0,2279
			50 g	11,40	0,2279
			454 g	103,47	0,2279
			15 g	3,42	0,2279
			50 g	11,40	0,2279
			450 g	102,56	0,2279

0,05 % **PPB**
CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)

Cr. Top.

02214415	<i>Spectro Eczemacare medicated cream</i>	Haleon	30 g	11,45	0,3817
----------	---	--------	------	-------	--------

0,05 %

DÉSONIDE 

Cr. Top.

02229315	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	60 g	15,66	0,2610
----------	---------------------	------------	------	-------	--------

0,05 %

Pom. Top.

02229323	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	60 g	15,66	0,2610
----------	---------------------	------------	------	-------	--------

0,05 %

DÉSOXIMÉTASONE 

Cr. Top. (Emol.)

02221918	<i>Topicort Doux</i>	Bausch H.	20 g	9,08	0,4540
			60 g	22,97	0,3828

0,05 %

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Cr. Top. (Emol.)				0,25 %	
02221896	<i>Topicort</i>	Bausch H.	20 g 60 g	13,08 34,59	0,6540 0,5765
Gel Top.				0,05 %	
02221926	<i>Topicort</i>	Bausch H.	60 g	26,82	0,4470
Pom. Top.				0,25 %	
02221934	<i>Topicort</i>	Bausch H.	60 g	34,59	0,5765
FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 					
Huile Top.				0,01 %	
00873292	<i>Derma-Smoothe/FS</i>	Hill	118 ml	29,15	
Pom. Top.				0,025 %	
02162512	<i>Synalar Régulier</i>	Bausch H.	60 g	25,85	0,4308
FLUOCINONIDE 					
Cr. Top.				0,05 % PPB	
02161923	<i>Lidex Crème</i>	Bausch H.	60 g 400 g	14,27 95,12	► 0,2378 ► 0,2378
00716863	<i>Lyderm</i>	Taro	15 g 60 g 400 g	3,57 14,27 95,12	► 0,2378 ► 0,2378 ► 0,2378
Cr. Top. (Emol.)				0,05 % PPB	
02163152	<i>Lidémol Crème Émollient</i>	Bausch H.	30 g 100 g	5,94 19,80	► 0,1980 ► 0,1980
00598933	<i>Tiamol</i>	Taro	25 g 100 g	4,95 19,80	► 0,1980 ► 0,1980
Gel Top.				0,05 %	
02236997	<i>Lyderm</i>	Taro	60 g	18,45	0,3075
Pom. Top.				0,05 % PPB	
02161966	<i>Lidex Onguent</i>	Bausch H.	60 g	18,21	► 0,3035
02236996	<i>Lyderm</i>	Taro	60 g	18,21	► 0,3035
HALOBÉTASOL (PROPIONATE D') 					
Lot.				0,01 %	
02506262	<i>Bryhali</i>	Bausch H.	60 g	58,90	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

HYDROCORTISONE

Cr. Top.

1 % PPB					
80078409	Alta-HC 1 %	Altamed	15 g 30 g	1,48 4,50	0,0987 0,1500
80073687	Cell Hydrocortisone	Cellchem	15 g	1,48	0,0987
02412926	Euro-Hydrocortisone	Sandoz	15 g 30 g 45 g 454 g	3,00 4,50 4,45 39,00	0,2000 0,1500 0,0989 0,0859
80057189	Jamp-Hydrocortisone Cream 1 %	Jamp	30 g 45 g 454 g	4,50 4,45 39,00	0,1500 0,0988 0,0859
80066164	M-HC 1 %	Mantra Ph.	45 g 454 g	4,45 39,00	0,0988 0,0859
80066167	M-HC 1% Protection	Mantra Ph.	30 g	4,50	0,1500

HYDROCORTISONE □

Cr. Top.

02469421	Sandoz Hydrocortisone	Sandoz	45 g 225 g	2,5 % 14,95 74,75	0,3322 0,3322
----------	-----------------------	--------	---------------	-------------------------	------------------

HYDROCORTISONE

Lot.

1 % PPB					
80057191	Jamp-Hydrocortisone Lotion 1 %	Jamp	60 ml 150 ml	7,15 17,87	
80066168	M-HC 1% lotion	Mantra Ph.	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

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Cr. Top.

1 % PPB					
00716839	Hyderm	Taro	15 g 500 g	3,20 18,20	0,2133 0,0364
80057178	Jamp-HC Crème 1%	Jamp	15 g 500 g	2,09 18,20	0,1392 0,0364
80066165	M-HC Acetate 1%	Mantra Ph.	15 g 500 g	2,09 18,20	0,1392 0,0364

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Pom. Rect. (App.)

02128446	Anodan-HC	Odan	15 g 30 g	0,5 % à 0,75 % PPB 5,78 11,55	0,3850 0,3850
02387239	JampZinc - HC	Jamp	15 g 30 g	5,78 11,55	0,3850 0,3850

Supp.

02236399	Anodan-HC	Odan	12 24	10 mg 11,41 22,81	0,9506 0,9506
----------	-----------	------	----------	-------------------------	------------------

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')/ URÉE

Cr. Top.

00681989	Dermaflex HC	Paladin	120 g 225 g	1 % -10 % PPB 14,77 27,70	0,1231 0,1231
80061501	Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Cream	Jamp	120 g 225 g	10,98 20,59	0,0915 0,0915
80073645	M-HC 1% Urea 10% cream	Mantra Ph.	120 g	10,98	0,0915

Lot.

00681997	Dermaflex HC	Paladin	150 ml	1 % -10 % PPB 12,75	
80061502	Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Lotion	Jamp	150 ml	12,75	

MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Cr. Top.

00851744	Elocom	Organon	15 g 50 g	0,1 % PPB 9,45 29,80	0,6300 0,5960
02367157	Taro-Mométasone	Taro	15 g 50 g	7,89 26,31	0,5260 0,5262

Lot.

00871095	Elocom	Organon	75 ml	0,1 % PPB 32,09	
02266385	Taro-Mometasone Lotion	Taro	30 ml 75 ml	9,37 23,43	

Pom. Top.

00851736	Elocom	Organon	50 g	0,1 % PPB 28,77	
02248130	Teva-Mométasone	Teva Can	15 g 50 g	3,38 11,26	0,2252 0,2252

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 

Cr. Top.

02194058	<i>Aristocort R</i>	Bausch H.	30 g 500 g	0,1 % PPB 3,90 26,65	0,1300 0,0533
00716960	<i>Triaderm</i>	Taro	500 g	25,32	0,0506

Cr. Top.

02194066	<i>Aristocort C</i>	Bausch H.	15 g 50 g	0,5 % 17,28 57,60	1,1520 1,1520
----------	---------------------	-----------	--------------	-------------------------	------------------

Pom. Top.

02194031	<i>Aristocort R</i>	Bausch H.	30 g	0,1 % 3,90	0,1300
----------	---------------------	-----------	------	---------------	--------

Pom. Top. (Orale)

01964054	<i>Oracort</i>	Taro	7,5 g	0,1 % 11,61	
----------	----------------	------	-------	----------------	--

84:28

AGENTS KÉRATOLYTIQUES

URÉE

Cr. Top.

80079885	<i>Crème à l'urée</i>	Cellchem	50 g	20 % et 22 % PPB 2,40	0,0479
80023775	<i>JamUrea 20</i>	Jamp	225 g	10,78	0,0479
80079151	<i>M-Urea 20</i>	Mantra Ph.	100 g	4,79	0,0479
			225 g	10,78	0,0479
00396125	<i>Urisec</i>	Odan	120 g	5,75	0,0479
			225 g	11,69	0,0520
			454 g	21,75	0,0479

84:92

AGENTS DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES, DIVERS

ACITRÉTINE 

Caps.

02468840	<i>Mint-Acitretin</i>	Mint	30	10 mg PPB 38,90	1,2965
02070847	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	38,90	1,2965
02466074	<i>Taro-Acitretin</i>	Taro	30	38,90	1,2965

Caps.

02468859	<i>Mint-Acitretin</i>	Mint	30	25 mg PPB 68,31	2,2770
02070863	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	68,31	2,2770
02466082	<i>Taro-Acitretin</i>	Taro	30	68,31	2,2770

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CALCIPOTRIOL 

Pom. Top.

01976133	Dovonex	Leo	100 g 120 g	50 mcg/g 73,37 88,04	0,7337 0,7337
----------	---------	-----	----------------	----------------------------	------------------

CALCITRIOL 

Pom. Top.

02338572	Silkis	Galderma	60 g	3 mcg/g 40,80	0,6800
----------	--------	----------	------	------------------	--------

FLUOROURACILE 

Cr. Top.

00330582	Efudex	Bausch H.	40 g	5 % 32,00	0,8000
----------	--------	-----------	------	--------------	--------

GEL HYDROCOLLOIDAL

Gel Top.

00921084	DuoDERM Gel	Convatec	30 g	6,64	0,2213
----------	-------------	----------	------	------	--------

HYDROGEL

Gel Top.

99100795	Cutimed Gel	BSN Med	15 g 25 g	2,95 3,93	0,1967 0,1572
99100365	Nu-Gel	3M	15 g 25 g	3,80 5,51	0,2533 0,2203
99100152	Purilon Gel	Coloplast	8 g 15 g	2,25 3,15	0,2813 0,2100
99100300	Woun'dres	Coloplast	28 g 84 g	3,70 8,98	0,1321 0,1069

ISOTRÉTINOÏNE 

Caps.

00582344	Accutane 10	Roche	30	10 mg PPB 27,94	0,9313
02257955	Clarus	Mylan	30	27,94	0,9313

Caps.

00582352	Accutane 40	Roche	30	40 mg PPB 57,01	1,9003
02257963	Clarus	Mylan	30	57,01	1,9003

PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE

Gel Top.

00907936	Intrasite	S. & N.	8 g 15 g 25 g	20 % -3 % 2,73 3,70 5,74	0,3413 0,2467 0,2296
----------	-----------	---------	---------------------	-----------------------------------	----------------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ZINC (OXYDE DE)

Band.

01907603	<i>Viscopaste PB7</i>	S. & N.	1	7,5 cm X 6 m	8,80
----------	-----------------------	---------	---	--------------	------

86:00
AGENTS RELAXANT DES MUSCLES LISSES

- 86:12 relaxants muscles lisses syst.
génito-urinaire
86:16 relaxants muscles lisses voies
respiratoires

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

86:12

RELAXANTS MUSCLES LISSES SYST. GÉNITO-URINAIRE

OXYBUTYNINE (CHLORURE D') 

Co.

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	R
			500	49,30	R
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 Pédiatrique²¹</i>	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
*	02496836	<i>Jamp Tolterodine</i>	Jamp	60	29,46
*	02423308	<i>Mint-Tolterodine</i>	Mint	100	49,10
				100	49,10

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02239065	<i>Detro</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
*	<i>Teva-Tolterodine</i>	Teva Can	60	14,73	R

86:16**RELAXANTS MUSCLES LISSES VOIES 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 complexe de vitamine b**
- 88:16 vitamine d**
- 88:24 activité de vitamine k**
- 88:28 préparations multivitaminées**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

88:08

**COMPLEXE DE VITAMINE B
CYANOCOBALAMINE**

Sol. Inj.

				1 mg/mL	PPB	
01987003	Cyanocobalamine	Sterimax	10 ml	►	2,78	
02413795	Cyanocobalamine <i>Injectable, USP</i>	Mylan	10 ml	►	2,78	
02465507	<i>Injection de</i> 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) 

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	

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				25 mg	PPB	
80002890	Jamp Vitamine B6	Jamp	1000	18,30	►	0,0183
80056458	M-B6 25 mg	Mantra Ph.	500	9,15	►	0,0183
80049803	Opus Vitamine B6	Opus	500	9,15	►	0,0183
			1000	18,30	►	0,0183

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				50 mg	PPB	
02245506	Euro-B1	Sandoz	500	35,00	►	0,0700
80009633	Jamp-Vitamine B1	Jamp	500	35,00	►	0,0700
80054199	M-B1 50 mg	Mantra Ph.	500	35,00	►	0,0700
80049777	Opus Vitamine B1	Opus	500	35,00	►	0,0700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

80106545	AG-Vitamine B1	Angita	500	100 mg PPB 63,00	0,1260
80009588	Jamp-Vitamine B1	Jamp	500	63,00	0,1260
80054205	M-B1 100 mg	Mantra Ph.	500	63,00	0,1260
80049780	Opus Vitamine B1	Opus	500	63,00	0,1260

Sol. Inj.

02193221	Thiamiject	Oméga	10 ml	100 mg/mL 11,88	
----------	------------	-------	-------	--------------------	--

88:16**VITAMINE D****ALFACALCIDOL** 

Caps.

00474517	One-Alpha	Cheplaphar	100	0,25 mcg PPB 42,45	0,4245
02533316	Sandoz Alfacalcidol	Sandoz	100	31,84	0,3184

Caps.

00474525	One-Alpha	Cheplaphar	100	1 mcg PPB 127,07	1,2707
02533324	Sandoz Alfacalcidol	Sandoz	100	95,30	0,9530

Sol. Inj. I.V.

02242502	One-Alpha	Cheplaphar	0,5 ml 1 ml	2 mcg/mL 7,99 15,98	
----------	-----------	------------	----------------	---------------------------	--

Sol. Orale

02240329	One-Alpha	Cheplaphar	20 ml	2 mcg/mL 99,66	4,9830
----------	-----------	------------	-------	-------------------	--------

CALCITRIOL 

Caps.

02431637	Calcitriol-Odan	Odan	100	0,25 mcg PPB 23,41	0,2341
02495899	pms-Calcitriol	Phmscience	100	23,41	0,2341
00481823	Rocaltrol	Search Phm	100	69,60	0,6960
02485710	Taro-Calcitriol	Taro	90	21,07	0,2341

Caps.

02431645	Calcitriol-Odan	Odan	100	0,50 mcg PPB 37,23	0,3723
02495902	pms-Calcitriol	Phmscience	100	37,23	0,3723
00481815	Rocaltrol	Search Phm	100	110,69	1,1069
02485729	Taro-Calcitriol	Taro	90	33,51	0,3723

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CHOLÉCALCIFÉROL ▶

Caps.

			2 000 UI PPB		
02442256	Luxa-D	Orimed	100	6,93 ➡	0,0693
80110453	Vitamine D 2000 UI	Angita	100	6,93 ➡	0,0693

Co. ou Caps.

			10 000 UI PPB		
02498944	AG-Vitamin D	Angita	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100
00821772	D-Tabs	Riva	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100
02253178	Euro D 10 000	Sandoz	60	12,60 ➡	0,2100
02379007	Jamp-Vitamine D	Jamp	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100
02449099	Jamp-Vitamine D	Jamp	100	21,00 ➡	0,2100
02417685	Vidextra	Orimed	60	12,60 ➡	0,2100
02417995	Vitamine D 10 000	Pro Doc	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100
02546876	Vitamine D3	Jamp	60	12,60 ➡	0,2100
			250	52,50 ➡	0,2100

ERGOCALCIFÉROL ▶

Caps.

			50 000 U		
02237450	D-Forte	Sandoz	100	19,86	0,1986

Sol. Orale

			8 288 UI/mL		
80020776	Jamp-D2-Dol	Jamp	60 ml	12,80	

VITAMINE D

Caps.

			800 UI PPB		
80007769	Jamp-Vitamine D	Jamp	500	30,00 ➡	0,0600
80039160	Opus D-800	Opus	500	30,00 ➡	0,0600

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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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 Gelpacs 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)	6,29
*	00762881	D-VI-SOL	M.J.	50 dose(s)	5,50
*	80019649	Jamp-D3-Dol	Jamp	90 dose(s)	6,29
*	80003038	Jamp-Vitamine D	Jamp	50 dose(s)	3,49
+	80082751	M-D400 Gouttes	Mantra Ph.	90 dose(s)	6,29
*	80004595	PediaVIT D	Exzell	50 dose(s)	3,49
*	80077066	Pediavit Vitamine D3	Exzell	60 dose(s)	4,19

88:24

**ACTIVITÉ DE VITAMINE K
PHYTONADIONE **

Sol. Inj. I.M.

00781878	Vitamine K 1	Sandoz	0,5 ml	2 mg/mL	5,30
----------	--------------	--------	--------	---------	------

Sol. Inj. I.M.

00804312	Vitamine K 1	Sandoz	1 ml	10 mg/mL	6,00
----------	--------------	--------	------	----------	------

88:28

**PRÉPARATIONS MULTIVITAMINÉES
VITAMINES A, D ET C**

Sol. Orale

				750 U -400 U -30 mg/mL	PPB
80056252	Pediavit Multi	Exzell	50 ml	9,36	
00762903	Tri-Vi-Sol	M.J.	50 ml	9,36	

Sol. Orale

				1 500 U -400 U -30 mg/mL	PPB
80008471	Jamp-Vitamines A-D-C	Jamp	50 ml	9,36	
02229790	Pediavit	Euro-Pharm	50 ml	9,36	

90:00
AGENTS IMMUNOMODULATEURS

- 90:24** antirhumatismaux modificateurs de la maladie
- 90:28** thérapie immunosuppressive
- 90:28.28 inhibiteurs de la calcineurine

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

90:24

ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

LÉFLUNOMIDE 

Co.

				10 mg	PPB
02256495	<i>Apo-Leflunomide</i>	Apotex	30	79,30	► 2,6433
02241888	<i>Arava</i>	SanofiAven	30	299,70	9,9900
02415828	<i>Leflunomide</i>	Pro Doc	30	79,30	► 2,6433
02351668	<i>Leflunomide</i>	Sanis	30	79,30	► 2,6433
02543575	<i>Leflunomide</i>	Sivem	30	79,30	► 2,6433
02551918	<i>Mar-Leflunomide</i>	Marcan	30	79,30	► 2,6433
02283964	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	79,30	► 2,6433
02261251	<i>Teva-Leflunomide</i>	Teva Can	30	79,30	► 2,6433
			100	264,33	► 2,6433

Co.

				20 mg	PPB
02256509	<i>Apo-Leflunomide</i>	Apotex	30	79,30	► 2,6433
02241889	<i>Arava</i>	SanofiAven	30	304,24	10,1413
02415836	<i>Leflunomide</i>	Pro Doc	30	79,30	► 2,6433
02351676	<i>Leflunomide</i>	Sanis	30	79,30	► 2,6433
02543583	<i>Leflunomide</i>	Sivem	30	79,30	► 2,6433
02551926	<i>Mar-Leflunomide</i>	Marcan	30	79,30	► 2,6433
02283972	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	79,30	► 2,6433
02261278	<i>Teva-Leflunomide</i>	Teva Can	30	79,30	► 2,6433
			100	264,33	► 2,6433

90:28

THÉRAPIE IMMUNOSUPPRESSIVE

AZATHIOPRINE 

Co.

				50 mg	PPB
02242907	<i>Apo-Azathioprine</i>	Apotex	100	51,85	► 0,5185
02243371	<i>Azathioprine-50</i>	Pro Doc	100	24,05	R
00004596	<i>Imuran</i>	Aspen	100	94,53	0,9453
02236819	<i>Teva-Azathioprine</i>	Teva Can	100	51,85	► 0,5185
			500	259,25	► 0,5185

CYCLOSPORINE 

Caps.

				10 mg	
02237671	<i>Neoral</i>	Novartis	60	37,43	0,6238

Caps.

				25 mg	
02150689	<i>Neoral</i>	Novartis	30	43,50	1,4500
02247073	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	25,97	0,8657

Caps.

				50 mg	
02150662	<i>Neoral</i>	Novartis	30	84,81	2,8270
02247074	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	50,66	1,6885

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				100 mg	
02150670	<i>Neoral</i>	Novartis	30	169,68	5,6560
02242821	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	101,38	3,3792
Sol. Orale				100 mg/mL	
02150697	<i>Neoral</i>	Novartis	50 ml	251,38	5,0276
MYCOPHÉNOLATE MOFÉTIL 					
Caps.				250 mg PPB	
02352559	<i>Apo-Mycophenolate</i>	Apotex	100	37,12	0,3712
02192748	<i>Cellcept</i>	Roche	100	206,20	2,0620
02386399	<i>Jamp-Mycophenolate</i>	Jamp	100	37,12	0,3712
02383780	<i>Mofétilmycophénolate</i>	Accord	100	37,12	0,3712
02457369	<i>Mycophenolate Mofétil</i>	Sanis	50	18,56	0,3712
02320630	<i>Sandoz Mycophenolate</i>	Sandoz	50	18,56	0,3712
	<i>Mofetil</i>		100	37,12	0,3712
02364883	<i>Teva-Mycophenolate</i>	Teva Can	100	37,12	0,3712
Co.				500 mg PPB	
02352567	<i>Apo-Mycophenolate</i>	Apotex	50	37,12	0,7423
02237484	<i>Cellcept</i>	Roche	50	206,20	4,1240
02380382	<i>Jamp-Mycophenolate</i>	Jamp	50	37,12	0,7423
02378574	<i>Mofétilmycophénolate</i>	Accord	50	37,12	0,7423
02457377	<i>Mycophenolate Mofétil</i>	Sanis	50	37,12	0,7423
02313855	<i>Sandoz Mycophenolate</i>	Sandoz	50	37,12	0,7423
	<i>Mofetil</i>				
02389754	<i>Taro-Mycophenolate</i>	Sun Pharma	50	37,12	0,7423
			100	74,23	0,7423
02348675	<i>Teva-Mycophenolate</i>	Teva Can	50	37,12	0,7423
Susp. Orale				200 mg/mL PPB	
02242145	<i>Cellcept</i>	Roche	175 ml	288,68	
02522233	<i>Mar-Mycophenolate Mofetil</i>	Marcan	175 ml	244,70	
MYCOPHÉNOLATE SODIQUE 					
Co. Ent.				180 mg PPB	
02372738	<i>Apo-Mycophenolic Acid</i>	Apotex	120	59,93	0,4994
02511673	<i>Mar-Mycophenolic Acid</i>	Marcan	120	59,93	0,4994
02518538	<i>Mycophenolic Acid</i>	Jamp	120	59,93	0,4994
02264560	<i>Myfortic</i>	Novartis	120	239,72	1,9977
Co. Ent.				360 mg PPB	
02372746	<i>Apo-Mycophenolic Acid</i>	Apotex	120	119,86	0,9988
02511681	<i>Mar-Mycophenolic Acid</i>	Marcan	120	119,86	0,9988
02518511	<i>Mycophenolic Acid</i>	Jamp	120	119,86	0,9988
02264579	<i>Myfortic</i>	Novartis	120	479,44	3,9953

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SIROLIMUS 

Co.

02247111	Rapamune	Pfizer	100	1 mg	751,96	7,5196
----------	----------	--------	-----	------	--------	--------

Sol. Orale

02243237	Rapamune	Pfizer	60 ml	1 mg/mL	451,16	7,5193
----------	----------	--------	-------	---------	--------	--------

90:28.28**INHIBITEURS DE LA CALCINEURINE****TACROLIMUS** 

Caps.

*	02454068	ACH-Tacrolimus	Accord	100	0,5 mg	PPB	1,0146
*	02243144	Prograf	Astellas	100	197,00		1,9700
*	02416816	Sandoz Tacrolimus	Sandoz	100	101,46	►	1,0146

Caps.

*	02456095	ACH-Tacrolimus	Accord	100	1 mg	PPB	1,2978
*	02175991	Prograf	Astellas	100	249,95		2,4995
*	02416824	Sandoz Tacrolimus	Sandoz	100	129,78	►	1,2978

Caps.

*	02456109	ACH-Tacrolimus	Accord	100	5 mg	PPB	6,4993
*	02175983	Prograf	Astellas	100	1249,85		12,4985
*	02416832	Sandoz Tacrolimus	Sandoz	100	649,93	►	6,4993

Caps. L.A.

*	02296462	Advagraf	Astellas	50	0,5 mg		1,9700
---	----------	----------	----------	----	--------	--	--------

Caps. L.A.

*	02296470	Advagraf	Astellas	50	1 mg	PPB	2,4994
+	02528606	Sandoz Tacrolimus XR	Sandoz	30	124,97		2,1297

Caps. L.A.

*	02331667	Advagraf	Astellas	50	3 mg	PPB	7,4982
+	02528622	Sandoz Tacrolimus XR	Sandoz	30	374,91		6,3891

Caps. L.A.

*	02296489	Advagraf	Astellas	50	5 mg	PPB	12,4984
+	02528630	Sandoz Tacrolimus XR	Sandoz	30	624,92		10,6654

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A. * 02485877	<i>Envarsus PA</i>	Paladin	100	0,75 mg 200,00	2,0000
Co. L.A. * 02485885	<i>Envarsus PA</i>	Paladin	100	1 mg 250,00	2,5000
Co. L.A. * 02485893	<i>Envarsus PA</i>	Paladin	100	4 mg 1000,00	10,0000

91:00
ANTIDOTES THÉRAPEUTIQUES

91:02 **dissuasifs contre l'alcool**

91:04 **antidotes**

91:04.12 antidotes/protecteurs de
 chimiothérapie

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

91:02

DISSUASIFS CONTRE L'ALCOOL

ACAMPROSATE 

Co. L.A.

* 02293269	<i>Campral</i>	Mylan	84	333 mg 67,20	0,8000
------------	----------------	-------	----	-----------------	--------

91:04.12

ANTIDOTES/PROTECTEURS DE CHIMIOTHÉRAPIE

FOLINIQUE (ACIDE) 

Co.

				5 mg	PPB
02548208	<i>JAMP Leucovorin</i>	Jamp	24	44,13	► 1,8388
			100	183,88	► 1,8388
02170493	<i>Leucovorin</i>	Pfizer	24	133,90	5,5793
			100	557,93	5,5793
02496828	<i>Mint-Leucovorin</i>	Mint	24	44,13	► 1,8388
			100	183,88	► 1,8388
02493357	<i>Riva Leucovorin</i>	Riva	24	44,13	► 1,8388

92:00

DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES

- 92:04 inhibiteurs de la 5-alpha-réductase
- 92:16 agents antigoutteux
- 92:24 inhibiteurs de la résorption osseuse
- 92:28 agents cariostatiques
- 92:92 autres agents thérapeutiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:00

DIVERS AGENTS THÉRAPEUTIQUES

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS D')

Sol. Inj.

Doses d'entretien (10 mL)

99101105	<i>Monovalent</i>	Allergo	1	325,00	
99101113	<i>Polyvalent</i>	Allergo	1	325,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)

99101106	<i>Monovalent</i>	Allergo	1	325,00	
99101114	<i>Polyvalent</i>	Allergo	1	325,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCERINÉS NON NORMALISÉS ET NORMALISÉS D')

Sol. Inj.

Doses d'entretien (10 mL)

99101124	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	1	325,00	
----------	--	---------	---	--------	--

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)

99101125	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	1	325,00	
----------	--	---------	---	--------	--

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX 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	325,00	
99100062	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99101109	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100063	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
99101111	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
02247754	<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
99113896	<i>Polyvalent</i>	Stallergen	1	245,00	
99100067	<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
99100068	<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99100066	<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
99101118	<i>Polyvalent standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100064	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99101120	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100065	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
99101122	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99101115	<i>Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)

99113893	<i>Monovalent</i>	Stallergen	1	245,00	
99100074	<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
99101108	<i>Monovalent standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100061	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99101110	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100073	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
99101112	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100075	<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
99113895	<i>Polyvalent</i>	Stallergen	1	245,00	
99100079	<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
99100080	<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99100078	<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	1	315,00	
99101117	<i>Polyvalent Pollens Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99101119	<i>Polyvalent standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100076	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
99101121	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	325,00	
99100077	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	1	315,00	
99101123	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	1	325,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)

Sol. Inj.

Doses d'entretien (5 mL)

99101143	<i>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	
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
Sol. Inj.					
				Doses d'entretien (10 mL)	
99113934	<i>Perennial Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113925	<i>Perennial Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113928	<i>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	
Sol. Inj.					
				Ensemble de traitement (trousse - fioles de 5 mL)	
99101144	<i>Présaisonner - Arbres, Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101148	<i>Présaisonner - Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101150	<i>Présaisonner - Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101142	<i>Présaisonner- Arbres</i>	Allergo	1	265,00	
99101153	<i>Présaisonner- Arbres et Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
99113923	<i>Présaisonner Monovalent</i>	Stallergen	1	265,00	
99113931	<i>Présaisonner Polyvalent</i>	Stallergen	1	265,00	
99101146	<i>Présaisonner-Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
00889822	<i>Suspal- Monovalent- Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
99000458	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
00861286	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
00861405	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	
Sol. Inj.					
				Ensemble de traitement (trousse - fioles de 8 mL)	
99113913	<i>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	
Sol. Inj.					
				Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)	
99113921	<i>Perennial Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113926	<i>Perennial Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113927	<i>Présaisonner Monovalent</i>	Stallergen	1	278,00	
99113929	<i>Présaisonner Polyvalent</i>	Stallergen	1	278,00	
00889849	<i>Suspal- Monovalent- Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
00889857	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
00861308	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
00861316	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	

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 (trousse - fioles de 5 mL)

00861073	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	315,00	
00889733	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
02247756	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	315,00	
00889741	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	

Sol. Inj.

Ensemble de traitement (trousse - fioles de 10 mL)

00861138	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	315,00	
00889768	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	
00861162	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	315,00	
00889776	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	315,00	

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.

1,3 mg

99100017	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	1	634,40	
99100018	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	1	634,40	

Pd. Inj.

3,9 mg

99100026	<i>Vespides combinés</i>	Oméga	1	1122,40	
----------	--------------------------	-------	---	---------	--

Pd. Inj.

120 mcg

99100270	<i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99100278	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99100279	<i>Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99100280	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
01948911	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	ALK-Abello	6	105,00	17,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Inj.				360 mcg	
	99100281 <i>Vespidés combinés</i>	Oméga	6	741,76	123,6267

Pd. Inj.				550 mcg	
	99100266 <i>Frelon à tête blanche</i>	Oméga	1	437,75	
	99100267 <i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	1	437,75	
	99100268 <i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	1	437,75	
	99100269 <i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	1	437,75	
	99100282 <i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	437,75	

Pd. Inj.				1 650 mcg	
	99100284 <i>Vespidés combinés</i>	Oméga	1	774,56	

VENINS D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj.				1,3 mg	
	99100021 <i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	634,40	

Pd. Inj.				120 mcg	
	00541435 <i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:04

INHIBITEURS DE LA 5-ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE 

Caps.

			0,5 mg	PPB	
02412691	<i>ACT Dutasteride</i>	Teva Can	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	0,2565
02485672	<i>AG-Dutasteride</i>	Angita	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
02546167	<i>JAMP Dutasteride</i>	Jamp	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
02490587	<i>NRA-Dutasteride</i>	Nora	30	7,70 ➡	0,2565
02393220	<i>pms-Dutasteride</i>	Phmscience	30	7,70 ➡	0,2565
			100	25,65 ➡	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

92:16**AGENTS ANTIGOUTTEUX****ALLOPURINOL**

Co.

				100 mg	PPB
00555681	<i>Allopurinol-100</i>	Pro Doc	100	7,80	► 0,0780
			1000	78,00	► 0,0780
02402769	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	7,80	► 0,0780
			1000	78,00	► 0,0780
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
00402818	<i>Zyloprim</i>	AA Pharma	100	7,80	► 0,0780
			1000	78,00	► 0,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

200 mg PPB					
02130157	<i>Allopurinol-200</i>	Pro Doc	100	13,00	► 0,1300
			500	65,00	► 0,1300
02402777	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	13,00	► 0,1300
			500	65,00	► 0,1300
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
00479799	<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
00402796	<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

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	R
			100	76,17	R

Co.

10 mg PPB					
02381486	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	28	12,06	► 0,4308
02248728	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	30	12,92	R
			100	43,08	R
02388545	<i>Auro-Alendronate</i>	AuroPharma	100	43,08	► 0,4308

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			70 mg	PPB	
02485184	AG-Alendronate	Angita	4	7,12	► 1,7804
02506327	AG-Alendronate Sodium	Angita	4	7,12	► 1,7804
02352966	Alendronate	Sanis	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02299712	Alendronate	Sivem	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02381494	Alendronate monosodique	Accord	4	7,12	► 1,7804
02303078	Alendronate-70	Pro Doc	4	7,12	► 1,7804
			100	178,04	► 1,7804
02248730	Apo-Alendronate	Apotex	4	7,12	► 1,7804
			100	178,04	► 1,7804
02388553	Auro-Alendronate	AuroPharma	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02245329	Fosamax	Organon	4	38,62	9,6550
02500175	Jamp Alendronate Sodium	Jamp	4	7,12	► 1,7804
02385031	Jamp-Alendronate	Jamp	4	7,12	► 1,7804
02529394	M-Alendronate	Mantra Ph.	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02394871	Mint-Alendronate	Mint	4	7,12	► 1,7804
02523116	NRA-Alendronate	Nora	4	7,12	► 1,7804
02284006	pms-Alendronate FC	Phmscience	4	7,12	► 1,7804
			30	53,41	► 1,7804
02270889	Riva-Alendronate	Riva	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804
02288109	Sandoz Alendronate	Sandoz	4	7,12	► 1,7804
02261715	Teva-Alendronate	Teva Can	4	7,12	► 1,7804
			50	89,02	► 1,7804

ALENDRONATE/CHOLÉCALCIFÉROL 

Co.

70 mg - 140 mcg (5 600 UI) PPB

02454475	Apo-Alendronate/Vitamin D3	Apotex	4	4,87	► 1,2174
02314940	Fosavance	Organon	4	18,17	4,5425
02519836	Jamp Alendronate / Vitamin D3	Jamp	4	4,87	► 1,2174

CLODRONATE DISODIQUE 

Caps.

400 mg

02245828	Clasteon	Sumitomo	120	145,00	1,2083
----------	----------	----------	-----	--------	--------

PAMIDRONATE DISODIQUE 

Sol. Perf. I.V.

3 mg/mL (10 mL) PPB

02244550	Pamidronate Disodique pour injection	Pfizer	1	► 30,32	
02246597	Pamidronate Disodium Injection	Fresenius	1	► 30,32	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Perf. I.V.					
02244551	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	1	6 mg/mL (10 mL) PPB 90,36	
02246598	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	Fresenius	1	90,36	
02249677	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	90,36	
Sol. Perf. I.V.					
02244552	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	1	9 mg/mL (10 mL) PPB 90,95	
02246599	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	Fresenius	1	90,95	
02249685	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	90,95	
RISÉDRONATE SODIQUE					
Co.				5 mg	
02298376	Teva-Risedronate	Teva Can	30	31,58	1,0527
Co.				30 mg	
02298384	Teva-Risedronate	Teva Can	30	177,00	5,9000
Co.				35 mg PPB	
02246896	<i>Actonel</i>	AbbVie	4	39,05	9,7625
02353687	<i>Apo-Risedronate</i>	Apotex	4	6,71	1,6764
			30	50,29	1,6764
02406306	<i>Auro-Risedronate</i>	AuroPharma	4	6,71	1,6764
			30	50,29	1,6764
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:28

AGENTS CARIOSTATIQUES

FLUORURE DE SODIUM

Co. Croq.

00575569	Fluor-A-Day	Phmscience	120	2,2 mg (F-1 mg) 6,09	0,0508
----------	-------------	------------	-----	-------------------------	--------

92:92

AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

BÉTAINE (ANHYDRE) 

Pd. Orale

02238526	Cystadane	RRDC	180 g	1 g/1,7 mL 839,93	
----------	-----------	------	-------	----------------------	--

CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE) 

Co.

00704431	Androcur	Amdipharm	60	50 mg PPB 84,00	► 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 PPB 4,01	
00839191	Sandostatin	Novartis	1 ml	5,05	

Sol. Inj.

02248640	Octréotide Acétate Oméga	Oméga	1 ml	100 mcg/mL PPB 7,56	
00839205	Sandostatin	Novartis	1 ml	9,54	

Sol. Inj.

02248642	Octréotide Acétate Oméga	Oméga	5 ml	200 mcg/mL 72,77	
----------	--------------------------	-------	------	---------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. I.M.					
02503751	<i>Octréotide pour suspension injectable</i>	Teva Can	1	10 mg PPB ► 990,70	
02239323	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1		1211,00
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

94:00
APPAREILS

94:32 hôpital général et usage personnel
94:32.20 appareils thérapeutiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
94:32.20 APPAREILS THÉRAPEUTIQUES ZINC (OXYDE DE) ICHTHAMMOL Band. 01948466	Ichthopaste	S. & N.	1	7,5 cm X 6 m	7,02

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
+ 02540452	PRZ-Abiraterone	Pharmaris	120	918,76	7,6563
02477114	Reddy-Abiraterone	Dr Reddy's	120	918,76	7,6563
02486393	Sandoz Abiraterone	Sandoz	120	918,76	7,6563
02371065	Zytiga	Janss. Inc	120	3400,00	28,3333

Co.

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
+ 02540460	PRZ-Abiraterone	Pharmaris	28	428,75	15,3125
			60	918,75	15,3125
02533251	Reddy-Abiraterone	Dr Reddy's	60	918,75	15,3125
02521644	Sandoz Abiraterone	Sandoz	60	918,75	15,3125
02457113	Zytiga	Janss. Inc	60	3400,00	56,6667

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ABIRATÉRONE (ACÉTATE D') - CANCER DE LA PROSTATE MÉTASTATIQUE SENSIBLE À LA CASTRATION

R

Co.

				250 mg	PPB
	99114372	Apo-Abiraterone	Apotex	60	459,38 ➡ 7,6563
	99114410	Jamp Abiraterone	Jamp	120	918,76 ➡ 7,6563
	99114422	Nat-Abiraterone	Natco	120	918,76 ➡ 7,6563
	99114393	pms-Abiraterone	Phmscience	120	918,76 ➡ 7,6563
+	99114525	PRZ-Abiraterone	Pharmaris	120	918,76 ➡ 7,6563
	99114395	Sandoz Abiraterone	Sandoz	120	918,76 ➡ 7,6563

Co.

				500 mg	PPB
	99114373	Apo-Abiraterone	Apotex	60	918,75 ➡ 15,3125
	99114409	Jamp Abiraterone	Jamp	60	918,75 ➡ 15,3125
	99114392	pms-Abiraterone	Phmscience	60	918,75 ➡ 15,3125
+	99114524	PRZ-Abiraterone	Pharmaris	28	428,75 ➡ 15,3125
				60	918,75 ➡ 15,3125
	99114394	Sandoz Abiraterone	Sandoz	60	918,75 ➡ 15,3125

ABOBOTULINUMTOXINA **R**

Pd. Inj.

02460203	Dysport Therapeutic	Ipsen	1	385,56	
----------	---------------------	-------	---	--------	--

Pd. Inj.

02456117	Dysport Therapeutic	Ipsen	1	642,60	
----------	---------------------	-------	---	--------	--

ABROCITINIB **R**

Co.

02528363	Cibinqo	Pfizer	30	1460,00	48,6667
----------	---------	--------	----	---------	---------

Co.

02528371	Cibinqo	Pfizer	30	1460,00	48,6667
----------	---------	--------	----	---------	---------

Co.

02528398	Cibinqo	Pfizer	30	1634,00	54,4667
----------	---------	--------	----	---------	---------

ACALABRUTINIB **R**

Caps.

02491788	Calquence	AZC	60	8158,50	135,9750
----------	-----------	-----	----	---------	----------

Co.

02535696	Calquence	AZC	60	8158,50	135,9750
----------	-----------	-----	----	---------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ACIDE OBÉTICHOIQUE R

Co.

02463121	Ocaliva	Advanz	30	5 mg 2958,90	98,6301
----------	---------	--------	----	-----------------	---------

Co.

02463148	Ocaliva	Advanz	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)	Biocon	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)	Biocon	2	942,54	471,2700
02502402	Hulio (stylo)	Biocon	2	942,54	471,2700
02492164	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02492156	Hyrimoz (stylo)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02502682	Idacio (seringue)	Fresenius	2	942,54	471,2700
02502674	Idacio (stylo)	Fresenius	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C.

02542315	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	100 mg/mL (0,2 mL) 471,27	235,6350
02556596	Yuflyma (seringue)	Celltrion	2	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.				100 mg/mL (0,8 mL)	
02542358	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	1	942,54	
02542366	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	1	942,54	
02523965	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	1	942,54	
02535076	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
02535084	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

Sol. Inj. S.C.				50 mg/mL (0,4 mL)	
99114205	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	471,27	235,6350
99114130	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	1	235,64	
99114162	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.				50 mg/mL (0,8 mL)	
99114200	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114201	<i>Abrilada (stylo)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114129	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114139	<i>Amgevita (stylo)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114434	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114435	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114161	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700
99114163	<i>Hulio (stylo)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C.				100 mg/mL (0,2 mL)	
99114508	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.				100 mg/mL (0,4 mL)	
99114436	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114437	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114504	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700
99114506	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	471,27	
			2	942,54	471,2700
			4	1885,08	471,2700

Sol. Inj. S.C.				100 mg/mL (0,8 mL)	
99114505	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
99114507	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

Sol. Inj. S.C.				50 mg/mL (0,4 mL)	
99114035	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	1	235,64	
99114041	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	471,27	235,6350
99114048	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	471,27	235,6350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Inj. S.C.

50 mg/mL (0,8 mL)

99114033	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114034	<i>Abrilada (stylo)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114046	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114047	<i>Amgevita (stylo)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114040	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114039	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114042	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700
99114043	<i>Hulio (stylo)</i>	Biocon	2	942,54	471,2700
99114049	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114050	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114265	<i>Idacio (seringue)</i>	Fresenius	2	942,54	471,2700
99114267	<i>Idacio (stylo)</i>	Fresenius	2	942,54	471,2700

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (0,2 mL)

99114299	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	471,27	235,6350
99114509	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (0,4 mL)

99114297	<i>Hadlima (seringue)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114298	<i>Hadlima PushTouch (stylo)</i>	Organon	2	942,54	471,2700
99114300	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114301	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	2	942,54	471,2700
99114144	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	2	942,54	471,2700
99114151	<i>Simlandi (stylo)</i>	Jamp	2	942,54	471,2700
99114225	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	471,27	
			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.

100 mg/mL (0,8 mL)

99114302	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	1	942,54	
99114303	<i>Hyrimoz (stylo)</i>	Sandoz	1	942,54	
99114146	<i>Simlandi (seringue)</i>	Jamp	1	942,54	
99114227	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
99114228	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1	942,54	
			3	2827,62	942,5400

ADALIMUMAB (MALADIE DE CROHN-ENFANTS) 

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL (0,2 mL)

+ 99114534	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	2	471,27	235,6350
------------	---------------------------	-----------	---	--------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Inj. S.C.

+ 99114535	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1 2 4 6	471,27 942,54 1885,08 2827,62	471,2700 471,2700 471,2700
+ 99114537	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1 2 4 6	471,27 942,54 1885,08 2827,62	471,2700 471,2700 471,2700

Sol. Inj. S.C.

+ 99114536	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	1	942,54	
+ 99114538	<i>Yuflyma (stylo)</i>	Celltrion	1 3	942,54 2827,62	471,2700 942,5400

ADALIMUMAB (UVÉITE) 

Sol. Inj. S.C.

99114206	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	471,27	235,6350
99114101	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	1	235,64	
99114104	<i>Hulio (seringue)</i>	Biocon	2	471,27	235,6350
99114107	<i>Hyrimoz (seringue)</i>	Sandoz	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.

99114208	<i>Abrilada (seringue)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114204	<i>Abrilada (stylo)</i>	Pfizer	2	942,54	471,2700
99114102	<i>Amgevita (seringue)</i>	Amgen	2	942,54	471,2700
99114103	<i>Argevita (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>	Biocon	2	942,54	471,2700
99114106	<i>Hulio (stylo)</i>	Biocon	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
99114510	<i>Yuflyma (seringue)</i>	Celltrion	2	471,27	235,6350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.					
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
ADÉFOVIR DIPIVOXIL					
Co.				10 mg	PPB
02420333	<i>AA-Adefovir</i>	AA Pharma	30	547,55	18,2517
02247823	<i>Hepsera</i>	Gilead	30	696,73	23,2243
AFLIBERCEPT					
Sol. inj.				40 mg/mL (0,278 mL)	
02554194	<i>Aflivu</i>	Apotex	1	850,80	
02535858	<i>Yesafili</i>	Biocon	1	850,80	
Sol. Inj. (ser)					
02554178	<i>Aflivu</i>	Apotex	1	850,80	
+ 02562510	<i>Enzeevu</i>	Sandoz	1	850,80	
02558238	<i>Yesafili</i>	Biocon	1	850,80	
AFLIBERCEPT 8 MG					
Sol. inj.				114,3 mg/mL (0,263 mL)	
02545004	<i>Eylea HD</i>	Bayer	1	1250,00	
Sol. Inj. (ser)					
02554798	<i>Eylea HD</i>	Bayer	1	1250,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ALECTINIB (CHLORHYDRATE D') 

Caps.

02458136	Alecensaro	Roche	240	150 mg 10119,99	42,1666
----------	------------	-------	-----	--------------------	---------

ALEMTOZUMAB 

Sol. Perf. I.V.

02418320	Lemtrada	Genzyme	1	10 mg/mL (1,2 mL) 9970,00	
----------	----------	---------	---	------------------------------	--

ALGLUCOSIDASE ALPHA 

Pd. Perf. I.V.

02284863	Myozyme	Genzyme	1	50 mg 840,31	
----------	---------	---------	---	-----------------	--

ALIROCUMAB 

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02453819	Praluent	SanofiAven	2	75 mg/mL (1 mL) 512,42	256,2100
----------	----------	------------	---	---------------------------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02453835	Praluent	SanofiAven	2	150 mg/mL (1 mL) 512,42	256,2100
----------	----------	------------	---	----------------------------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02547732	Praluent	SanofiAven	1	150 mg/mL (2 mL) 512,42	
----------	----------	------------	---	----------------------------	--

ALITRÉTINOÏNE 

Caps.

02477440	Hanzema	Dr Reddy's	30	30 mg PPB 509,60	16,9868
02337649	Toctino	Janss. Inc	30	532,71	17,7570

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
----------	--------	--------	----	----------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			12,5 mg - 500 mg		
02417219	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450

Co.			12,5 mg - 850 mg		
02417227	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450

Co.			12,5 mg - 1000 mg		
02417235	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450

AMBRISENTAN 

Co.			5 mg PPB		
02475375	Apo-Ambrisentan	Apotex	30	938,20	31,2732
02521938	Jamp Ambrisentan	Jamp	30	938,20	31,2732
02307065	Volibris	GSK	30	3600,00	120,0000

Co.			10 mg PPB		
02475383	Apo-Ambrisentan	Apotex	30	938,20	31,2732
02521946	Jamp Ambrisentan	Jamp	30	938,20	31,2732
02307073	Volibris	GSK	30	3600,00	120,0000

AMIFAMPRIDINE 

Co.			10 mg		
02503034	Ruzurgi	Medunik	100	2000,00	20,0000

AMIFAMPRIDINE (PHOSPHATE D') 

Co.			10 mg		
02502984	Firdapse	Kye Pharma	240	4320,00	18,0000

AMLODIPINE (BÉSYLATE D') 

Sol. Orale			1 mg/mL		
02484706	pdp-AMLODIPINE	Pendopharm	150 ml	175,00	1,1667

AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D') 

Caps. L.A.			5 mg PPB		
02248808	Adderall XR	Takeda	100	205,78	2,0578
02445492	Apo-Amphetamine XR	Apotex	100	53,72	0,5372
02457288	Sandoz Amphetamine XR	Sandoz	100	53,72	0,5372
02439239	Teva-Amphetamine XR	Teva Can	100	53,72	0,5372

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.					
02248809	Adderall XR	Takeda	100	10 mg PPB 233,86	2,3386
02445506	Apo-Amphetamine XR	Apotex	100	61,05 ➡	0,6105
02457296	Sandoz Amphetamine XR	Sandoz	100	61,05 ➡	0,6105
02439247	Teva-Amphetamine XR	Teva Can	100	61,05 ➡	0,6105
Caps. L.A.					
02248810	Adderall XR	Takeda	100	15 mg PPB 261,94	2,6194
02445514	Apo-Amphetamine XR	Apotex	100	68,38 ➡	0,6838
02457318	Sandoz Amphetamine XR	Sandoz	100	68,38 ➡	0,6838
02439255	Teva-Amphetamine XR	Teva Can	100	68,38 ➡	0,6838
Caps. L.A.					
02248811	Adderall XR	Takeda	100	20 mg PPB 290,01	2,9001
02445522	Apo-Amphetamine XR	Apotex	100	75,72 ➡	0,7572
02457326	Sandoz Amphetamine XR	Sandoz	100	75,72 ➡	0,7572
02439263	Teva-Amphetamine XR	Teva Can	100	75,72 ➡	0,7572
Caps. L.A.					
02248812	Adderall XR	Takeda	100	25 mg PPB 318,09	3,1809
02445530	Apo-Amphetamine XR	Apotex	100	83,05 ➡	0,8305
02457334	Sandoz Amphetamine XR	Sandoz	100	83,05 ➡	0,8305
02439271	Teva-Amphetamine XR	Teva Can	100	83,05 ➡	0,8305
Caps. L.A.					
02248813	Adderall XR	Takeda	100	30 mg PPB 346,18	3,4618
02445549	Apo-Amphetamine XR	Apotex	100	90,38 ➡	0,9038
02457342	Sandoz Amphetamine XR	Sandoz	100	90,38 ➡	0,9038
02439298	Teva-Amphetamine XR	Teva Can	100	90,38 ➡	0,9038
ANIFROLUMAB 					
Sol. Perf. I.V.					
02522845	Saphnolo	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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

APREMILAST 

Co.

10 mg (4 co.) - 20 mg (4 co.) - 30 mg (19 co.) **PPB**

02524120	Auro-Apremilast (<i>Emballage de départ</i>)	AuroPharma	27	► 127,60	
02528967	Jamp Apremilast (<i>Emballage de départ</i>)	Jamp	27	► 127,60	
02434318	Otezla (<i>Emballage de départ</i>)	Amgen	27	510,41	
02529092	Sandoz Apremilast (<i>Emballage de départ</i>)	Sandoz	27	► 127,60	

Co.

30 mg **PPB**

02538180	Apo-Apremilast	Apotex	56	793,97	► 14,1780
02524104	Auro-Apremilast	AuroPharma	56	793,97	► 14,1780
02518910	GLN-Apremilast	Glenmark	60	850,68	► 14,1780
02528959	Jamp Apremilast	Jamp	56	793,97	► 14,1780
02525747	Mint-Apremilast	Mint	56	793,97	► 14,1780
02434334	Otezla	Amgen	56	1058,63	18,9041
02521733	pms-Apremilast	Phmscience	56	793,97	► 14,1780
02529084	Sandoz Apremilast	Sandoz	56	793,97	► 14,1780

APRÉPITANT 

Caps.

80 mg

02298791	Emend	Merck	2	60,36	30,1800
----------	-------	-------	---	-------	---------

Caps.

125 mg

02298805	Emend	Merck	6	181,08	30,1800
----------	-------	-------	---	--------	---------

Caps.

125mg (1 caps.) et 80mg (2 caps.)

02298813	Emend Tri-Pack	Merck	3	90,54	
----------	----------------	-------	---	-------	--

ASCIMINIB 

Co.

20 mg

02528320	Scemblix	Novartis	60	3780,00	63,0000
----------	----------	----------	----	---------	---------

Co.

40 mg

02528339	Scemblix	Novartis	60	5100,00	85,0000
----------	----------	----------	----	---------	---------

ATOGÉPANT 

Co.

10 mg

02533979	Qulipta	AbbVie	30	553,20	18,4400
----------	---------	--------	----	--------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				30 mg	
02533987	<i>Qulipta</i>	AbbVie	30	553,20	18,4400

Co.				60 mg	
02533995	<i>Qulipta</i>	AbbVie	30	553,20	18,4400

ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D') 

Caps.

				10 mg	PPB
02318024	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	15,32	► 0,5106
02396904	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	15,32	► 0,5106
02467747	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	15,32	► 0,5106
02445883	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	15,32	► 0,5106
02471485	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	15,32	► 0,5106
			100	51,06	► 0,5106
02506807	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	15,32	► 0,5106
02314541	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	15,32	► 0,5106
02381028	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	15,32	► 0,5106
02405962	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	15,32	► 0,5106
			100	51,06	► 0,5106
02386410	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	15,32	► 0,5106

Caps.

				18 mg	PPB
02318032	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	17,24	► 0,5748
02396912	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	17,24	► 0,5748
02467755	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	17,24	► 0,5748
02445905	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	17,24	► 0,5748
02471493	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	17,24	► 0,5748
			100	57,48	► 0,5748
02506815	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	17,24	► 0,5748
02314568	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	17,24	► 0,5748
02381036	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	17,24	► 0,5748
02405970	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	17,24	► 0,5748
			100	57,48	► 0,5748
02386429	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	17,24	► 0,5748

Caps.

				25 mg	PPB
02318040	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	19,26	► 0,6420
			100	64,20	► 0,6420
02396920	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	19,26	► 0,6420
02467763	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	19,26	► 0,6420
02445913	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	19,26	► 0,6420
02471507	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	19,26	► 0,6420
			100	64,20	► 0,6420
02506823	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	19,26	► 0,6420
02314576	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	19,26	► 0,6420
02381044	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	19,26	► 0,6420
			100	64,20	► 0,6420
02405989	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	19,26	► 0,6420
			100	64,20	► 0,6420
02386437	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	19,26	► 0,6420

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

				40 mg	PPB
02318059	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	22,11	► 0,7369
			100	73,69	► 0,7369
02396939	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	22,11	► 0,7369
02467771	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	22,11	► 0,7369
02445948	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	22,11	► 0,7369
02471515	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	22,11	► 0,7369
			100	73,69	► 0,7369
02506831	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	22,11	► 0,7369
02381052	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	22,11	► 0,7369
			100	73,69	► 0,7369
02405997	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	22,11	► 0,7369
			100	73,69	► 0,7369
02386445	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	22,11	► 0,7369
02314584	<i>Teva-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	22,11	► 0,7369

Caps.

				60 mg	PPB
02318067	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	24,28	► 0,8092
02396947	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	24,28	► 0,8092
02467798	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	24,28	► 0,8092
02445956	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	24,28	► 0,8092
02471523	<i>Auro-Atomoxetine</i>	AuroPharma	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
02506858	<i>Jamp Atomoxetine</i>	Jamp	30	24,28	► 0,8092
02381060	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
02406004	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	24,28	► 0,8092
			100	80,92	► 0,8092
02386453	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	24,28	► 0,8092
02314592	<i>Teva-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	24,28	► 0,8092

AVAPRITINIB 

Co.

				25 mg	
02551764	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

Co.

				50 mg	
02551772	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

Co.

				100 mg	
02551780	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

Co.

				200 mg	
02551799	<i>Ayvakyt</i>	Medison	30	40300,80	1343,3600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

AXITINIB 

Co.

02389630	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	1 mg 1116,00	18,6000
----------	---------------	--------	----	-----------------	---------

Co.

02389649	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	5 mg 5580,00	93,0000
----------	---------------	--------	----	-----------------	---------

AZACITIDINE 

Co.

02510197	<i>Onureg</i>	Celgene	7	200 mg 6664,00	952,0000
----------	---------------	---------	---	-------------------	----------

Co.

02510200	<i>Onureg</i>	Celgene	7	300 mg 9996,00	1428,0000
----------	---------------	---------	---	-------------------	-----------

AZÉLAÏQUE (ACIDE) 

Gel Top.

02270811	<i>Finacea</i>	Leo	50 g	15 % 30,00	0,6000
----------	----------------	-----	------	---------------	--------

AZTRÉONAM 

Sol. pour Inh.

02329840	<i>Cayston</i>	Gilead	84	75 mg 3561,51	42,3989
----------	----------------	--------	----	------------------	---------

BARICITINIB 

Co.

02480018	<i>Olumiant</i>	Lilly	30	2 mg 1385,79	46,1930
----------	-----------------	-------	----	-----------------	---------

BÉLIMUMAB 

Pd. Perf. I.V.

02370050	<i>Benlysta</i>	GSK	1	120 mg 221,76	
----------	-----------------	-----	---	------------------	--

Pd. Perf. I.V.

02370069	<i>Benlysta</i>	GSK	1	400 mg 739,20	
----------	-----------------	-----	---	------------------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02470489	<i>Benlysta</i>	GSK	4	200 mg/ml (1 ml) 1564,38	
----------	-----------------	-----	---	-----------------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

BÉLUMOSUDIL (MÉSYLATE DE) 

Co.				200 mg	
02526115	Rezurock	SanofiAven	30	11286,00	376,2000

BELZUTIFAN 

Co.				40 mg	
02528908	Welireg	Merck	90	19199,70	213,3300

BENRALIZUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)				30 mg/mL (1 mL)	
02473232	Fasenra	AZC	1	3876,92	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02496135	Fasenra Pen	AZC	1	3876,92	
----------	-------------	-----	---	---------	--

BÉROTRALSTAT 

Caps.				150 mg	
02527693	Orladeyo	Biocryst	28	23800,00	850,0000

BIMEKIZUMAB (ARTHRITE PSORIASIQUE ET SPONDYLITE ANKYLOSANTE) 

Sol. Inj. S.C. (ser)				160 mg/mL (1 mL)	
99114458	Bimzelx	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000

Sol. Inj. S.C. (stylo)

99114459	Bimzelx	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000
----------	---------	--------	---	---------	-----------

BIMEKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) 

Sol. Inj. S.C. (ser)				160 mg/mL (1 mL)	
02525267	Bimzelx	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000

Sol. Inj. S.C. (ser)

02553619	Bimzelx	U.C.B.	1	3250,00	
----------	---------	--------	---	---------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02525275	Bimzelx	U.C.B.	2	3250,00	1625,0000
----------	---------	--------	---	---------	-----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02553627	Bimzelx	U.C.B.	1	3250,00	
----------	---------	--------	---	---------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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	100			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.

02467984	<i>NAT-Bosentan</i>	Natco	56	62,5 mg	PPB	898,50	16,0446
02383012	<i>pms-Bosentan</i>	Phmscience	60			962,68	16,0446
02483130	<i>Taro-Bosentan</i>	Taro	60			962,68	16,0446
02244981	<i>Tracleer</i>	Janss. Inc	56			3594,00	64,1786

Co.

02467992	<i>NAT-Bosentan</i>	Natco	56	125 mg	PPB	898,50	16,0446
02383020	<i>pms-Bosentan</i>	Phmscience	60			962,68	16,0446
02483149	<i>Taro-Bosentan</i>	Taro	60			962,68	16,0446
02244982	<i>Tracleer</i>	Janss. Inc	56			3594,00	64,1786

BRIGATINIB

Co.

02479206	<i>Alunbrig</i>	Takeda	28	30 mg		3145,00	112,3214
----------	-----------------	--------	----	-------	--	---------	----------

Co.

02479214	<i>Alunbrig</i>	Takeda	28	90 mg		9435,00	336,9643
----------	-----------------	--------	----	-------	--	---------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. 02479222	<i>Alunbrig</i>	Takeda	28	180 mg 9435,00	336,9643
-----------------	-----------------	--------	----	-------------------	----------

Trousse (orale solide) 02479230	<i>Alunbrig</i>	Takeda	1	90 mg (7 co.) - 180 mg (21 co.) 9435,00	
------------------------------------	-----------------	--------	---	--	--

BRIVARACÉTAM 

Co. 02538679 02452936	<i>Apo-Brivaracetam Brivlera</i>	Apotex U.C.B.	60 60	10 mg PPB 142,56 259,20	2,3760 4,3200
-----------------------------	--------------------------------------	------------------	----------	--------------------------------------	------------------

Co. 02538687 02452944	<i>Apo-Brivaracetam Brivlera</i>	Apotex U.C.B.	60 60	25 mg PPB 142,56 259,20	2,3760 4,3200
-----------------------------	--------------------------------------	------------------	----------	--------------------------------------	------------------

Co. 02538695 02539292 02452952	<i>Apo-Brivaracetam Auro-Brivaracetam Brivlera</i>	Apotex Aurobindo U.C.B.	60 60 60	50 mg PPB 129,60 129,60 259,20	2,1600 2,1600 4,3200
---	--	-------------------------------	----------------	--	----------------------------

Co. 02538709 02452960	<i>Apo-Brivaracetam Brivlera</i>	Apotex U.C.B.	60 60	75 mg PPB 142,56 259,20	2,3760 4,3200
-----------------------------	--------------------------------------	------------------	----------	--------------------------------------	------------------

Co. 02538717 02539306 02452979	<i>Apo-Brivaracetam Auro-Brivaracetam Brivlera</i>	Apotex Aurobindo U.C.B.	60 60 60	100 mg PPB 129,60 129,60 259,20	2,1600 2,1600 4,3200
---	--	-------------------------------	----------------	---	----------------------------

BRODALUMAB 

Sol. Inj. S.C. 02473623	<i>Siliq (seringue)</i>	Bausch H.	2	140 mg/mL (1,5 mL) 1290,00	645,0000
----------------------------	-------------------------	-----------	---	-------------------------------	----------

BUPRÉNORPHINE 

Sol. Inj. S.C. (ser) 02483084	<i>Sublocade</i>	Indivior	1	100 mg/0,5 mL 550,00	
----------------------------------	------------------	----------	---	-------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (ser) 02483092	<i>Sublocade</i>	Indivior	1	300 mg/1,5 mL 550,00	
----------------------------------	------------------	----------	---	-------------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

BUROSUMAB 

Sol. Inj. S.C.

02483629	Crysvita	Kyowa	1	10 mg/mL (1 mL)	4514,94
----------	----------	-------	---	-----------------	---------

Sol. Inj. S.C.

02483637	Crysvita	Kyowa	1	20 mg/mL (1 mL)	9029,90
----------	----------	-------	---	-----------------	---------

Sol. Inj. S.C.

02483645	Crysvita	Kyowa	1	30 mg/mL (1 mL)	13544,84
----------	----------	-------	---	-----------------	----------

CABERGOLINE 

Co.

02455897	Apo-Cabergoline	Apotex	8	0,5 mg	PPB	58,33	7,2907
02242471	Dostinex	Paladin	8	105,72		13,2150	
02549611	JAMP Cabergoline	Jamp	8	58,33	⇒	7,2907	

CABOZANTINIB (MALATE DE) 

Co.

02480824	Cabometyx	Ipsen	30	20 mg	8799,90	293,3300
----------	-----------	-------	----	-------	---------	----------

Co.

02480832	Cabometyx	Ipsen	30	40 mg	8799,90	293,3300
----------	-----------	-------	----	-------	---------	----------

Co.

02480840	Cabometyx	Ipsen	30	60 mg	8799,90	293,3300
----------	-----------	-------	----	-------	---------	----------

CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 

Gel Top.

02319012	Dovobet Gel	Leo	80 g	50 mcg/g -0,5 mg/g	PPB	105,14	1,3143
02525178	Taro-Calcipotriol/ Betamethasone Gel	Taro	60 g	71,59	⇒	1,1932	

Mousse Top.

02457393	Enstilar	Leo	60 g	50 mcg/g -0,5 mg/g	84,22
----------	----------	-----	------	--------------------	-------

Pom. Top.

02244126	Dovobet	Leo	120 g	50 mcg/g -0,5 mg/g	PPB	151,60	1,2633
02427419	Teva-Betamethasone/ Calcipotriol	Teva Can	60 g	64,43	⇒	1,0738	
			120 g	128,86	⇒	1,0738	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CALCIUM (CARBONATE DE)

Mousse orale

80057859	Pluscal	Medelys	180 g	500 mg/6 g	13,50
----------	---------	---------	-------	------------	-------

CALCIUM (CITRATE DE)

Pd. Orale

80104213	MCal Citrate poudre	Mantra Ph.	30	500 mg/sachet	32,50	1,0833
----------	---------------------	------------	----	---------------	-------	--------

Sol. Orale

80106659	AG-Calcium Citrate Liquid	Angita	450 ml	500 mg/15 mL PPB	32,50	0,0722
80068122	Jamp-Calcium Citrate liq	Jamp	450 ml		32,50	0,0722
80054756	MCal Citrate liquide	Mantra Ph.	450 ml		32,50	0,0722

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Pd. Orale

80106098	MCal Citrate poudre D 1000	Mantra Ph.	30	500 mg - 1 000 UI/sachet	34,50	1,1500
----------	----------------------------	------------	----	--------------------------	-------	--------

Sol. Orale

80007347	Jamp Calcium Citrate Liq. D400	Jamp	450 ml	500 mg - 400 UI/15 mL	34,50	0,0767
----------	-----------------------------------	------	--------	-----------------------	-------	--------

Sol. Orale

80106657	AG-Calcium Citrate Liquid D 1000	Angita	450 ml	500 mg - 1000 UI/15 mL PPB	34,50	0,0767
80068124	Jamp-Calcium Citrate liq D1000	Jamp	450 ml		34,50	0,0767
80049201	MCal Citrate liquide D1000	Mantra Ph.	450 ml		34,50	0,0767

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)

Sol. Orale

80113740	AG-Calcium Liquide	Angita	350 ml	100 mg/5 mL PPB	15,60	0,0446
80104220	Gluco Cal	Altamed	350 ml		15,60	0,0446
80096222	Jamp Lactogluconate Calcium	Jamp	350 ml		15,60	0,0446
99100833	SoluCAL (toutes saveurs)	Orimed	350 ml		15,60	0,0446
			1500 ml		66,06	0,0440

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D

Sol. Orale

80094870	Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400	Jamp	350 ml	500 mg - 400 UI/25 mL PPB	16,33	0,0467
99100830	SoluCAL D (toutes saveurs)	Orimed	350 ml		16,33	0,0467
			1500 ml		69,99	0,0467

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale					
80094869	Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000	Jamp	500 mg - 1000 UI/25ml	PPB	
99101332	Solucal D+1000 (toutes saveurs)	Orimed	350 ml 700 ml	16,33 32,69	0,0467 0,0467
CANAGLIFLOZINE					
Co.			100 mg		
02425483	Invokana	Janss. Inc	30	78,53	2,6177
Co.			300 mg		
02425491	Invokana	Janss. Inc	30	78,53	2,6177
CANNABIDIOL					
Sol. Orale					
02543079	Épidiolex	Jazz	100 mg /mL (100 mL)		
			1	1424,54	
CAPIVASERTIB					
Co.			160 mg		
02544733	Truqap	AZC	64	9446,40	147,6000
Co.			200 mg		
02544741	Truqap	AZC	64	9446,40	147,6000
CAPTEUR DEXCOM G6					
Capteur					
99113874	Dexcom G6	Dexcom	3	299,00	99,6667
CAPTEUR DEXCOM G7					
Capteur					
99114362	Dexcom G7	Dexcom	1	75,00	
CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 2					
Capteur					
99114031	FreeStyle Libre 2	Ab Diabete	1	89,00	
CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 3 PLUS					
Capteur					
99114518	FreeStyle Libre 3 Plus	Ab Diabete	1	97,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

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	

CEFTOBIPROLE 

Pd. Perf. I.V.

02446685	Zetvera	Avir	1	500 mg	58,40	
			10		584,00	58,4000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM 

Pd. Inj. I.V.

02446901	Zerbaxa	Merck	10	1 g - 0,5 g 1366,30	136,6300
----------	---------	-------	----	------------------------	----------

CÉNOBAMATE 

Co.

02538652	Xcopri	Paladin	30	12,5 mg 264,00	8,8000
----------	--------	---------	----	-------------------	--------

Co.

02538776	Xcopri (trousse de départ)	Paladin	28	12,5 mg (14 co.) - 25 mg (14 co.) 246,40	8,8000
----------	----------------------------	---------	----	---	--------

Co.

02538660	Xcopri	Paladin	30	25 mg 264,00	8,8000
----------	--------	---------	----	-----------------	--------

Co.

02538725	Xcopri	Paladin	30	50 mg 264,00	8,8000
----------	--------	---------	----	-----------------	--------

Co.

02538784	Xcopri (trousse de départ)	Paladin	28	50 mg (14 co.) - 100 mg (14 co.) 246,40	8,8000
----------	----------------------------	---------	----	--	--------

Co.

02538733	Xcopri	Paladin	30	100 mg 264,00	8,8000
----------	--------	---------	----	------------------	--------

Co.

02538741	Xcopri	Paladin	30	150 mg 264,00	8,8000
----------	--------	---------	----	------------------	--------

Co.

02538792	Xcopri (trousse de départ)	Paladin	28	150 mg (14 co.) - 200 mg (14 co.) 246,40	8,8000
----------	----------------------------	---------	----	---	--------

Co.

02538768	Xcopri	Paladin	30	200 mg 264,00	8,8000
----------	--------	---------	----	------------------	--------

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
----------	--------	--------	---	-----------------------------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. Inj. S.C. (stylo)				200 mg/ml (1 ml)	
02465574	Cimzia	U.C.B.	2	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 PPB	
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
02441624	Teva-Cinacalcet	Teva Can	30	82,25 ➡	2,7418

Co.

02452707	Apo-Cinacalcet	Apotex	30	60 mg PPB	
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
02441632	Teva-Cinacalcet	Teva Can	30	149,99 ➡	4,9995

Co.

02452715	Apo-Cinacalcet	Apotex	30	90 mg PPB	
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
02441640	Teva-Cinacalcet	Teva Can	30	218,26 ➡	7,2752

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CLADRBINE 

Co.

+ 02553295	Apo-Cladribine	Apotex	1 4	10 mg PPB 2409,00 9636,00	2409,0000
* 02470179	Mavenclad	Serono	1 4	3082,70 12330,80	3082,7000

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 

Cr. Vag.

02060604	Dalacin	Paladin	40 g	20 mg/g 26,26	
----------	---------	---------	------	------------------	--

COBIMÉTINIB 

Co.

02452340	Cotellic	Roche	63	20 mg 7567,00	120,1111
----------	----------	-------	----	------------------	----------

CODÉINE (PHOSPHATE DE) 

Sir.

00050024	Codéine	Atlas	500 ml	25 mg/5 mL 31,39	0,0628
----------	---------	-------	--------	---------------------	--------

COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02494051	Apo-Colesevlam	Apotex	180	625 mg PPB 106,76	0,5931
02373955	Lodalis	Bausch H.	180	198,00	1,1000

COLLAGÉNASE 

Pom. Top.

02063670	Santyl	S. & N.	30 g	250 U/g 87,50	2,9167
----------	--------	---------	------	------------------	--------

CRIZOTINIB 

Caps.

02384256	Xalkori	Pfizer	60	200 mg 7800,00	130,0000
----------	---------	--------	----	-------------------	----------

Caps.

02384264	Xalkori	Pfizer	60	250 mg 7800,00	130,0000
----------	---------	--------	----	-------------------	----------

CROVALIMAB 

Sol. Inj.

+ 02558262	Piasky	Roche	1	170 mg/mL (2 mL) 15980,00	
------------	--------	-------	---	------------------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CYANOCOBALAMINE

Co. L.A.

			1200 mcg	PPB	
80106052	AG-Vitamin B12 ER	Angita	500	52,50 ➡	0,1050
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.

			1500 mcg		
80043158	Beduzil 1500	Orimed	500	52,50	0,1050

Sol. Orale

			200 mcg/mL		
80026092	Jamp-Vitamine B12	Jamp	350 ml	12,50	0,0357

CYCLOSPORINE

Emuls. oph.

			0,05 %		
02476835	Restasis MultiDose	AbbVie	7 ml	183,62	

Emuls. oph. (unidose)

			0,05 % (0,4 mL)	PPB	
02355655	Restasis	AbbVie	30	49,99 ➡	1,6663
02462486	Teva-Cyclosporine	Teva Can	60	219,12 ➡	3,6520

Emuls. oph. (unidose)

			0,1 % (0,3 mL)		
02484137	Verkazia	Apotex	30	110,00	3,6667

CYSTÉAMINE

Sol. Oph.

			0,37 %		
02485605	Cystadrops	RRDC	5 ml	1986,00	

CYSTÉAMINE (BITARTRATE DE)

Caps. L.A.

			25 mg		
02464705	Procysbi	Horizon Ph	60	357,22	5,9537

Caps. L.A.

			75 mg		
02464713	Procysbi	Horizon Ph	250	4465,25	17,8610

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DABIGATRAN ETEXILATE 

Caps.

02468905	Apo-Dabigatran	Apotex	60	110 mg PPB 75,24	1,2540
02312441	Pradaxa	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

Caps.

02468913	Apo-Dabigatran	Apotex	60	150 mg PPB 75,24	1,2540
02358808	Pradaxa	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

DABRAFÉNIB (MÉSYLATE DE) 

Caps.

02409607	Tafinlar	Novartis	120	50 mg 5066,67	42,2223
----------	----------	----------	-----	------------------	---------

Caps.

02409615	Tafinlar	Novartis	120	75 mg 7600,00	63,3333
----------	----------	----------	-----	------------------	---------

DALBAVANCINE (CHLORHYDRATE DE) 

Pd. Perf. I.V.

02480522	Xydalba	Paladin	1	500 mg 957,17	
----------	---------	---------	---	------------------	--

DAPAGLIFLOZINE 

Co.

02533049	AG-Dapagliflozin	Angita	30	5 mg PPB 20,48	0,6825
02527189	Apo-Dapagliflozin	Apotex	100	68,25	0,6825
02531402	Auro-Dapagliflozin	AuroPharma	30	20,48	0,6825
			100	68,25	0,6825
02435462	Forxiga	AZC	30	73,50	2,4500
02519852	GLN-Dapagliflozin	Glenmark	30	20,48	0,6825
			90	61,43	0,6825
02531364	JAMP Dapagliflozin	Jamp	30	20,48	0,6825
			100	68,25	0,6825
02535297	M-Dapagliflozin	Mantra Ph.	30	20,48	0,6825
			100	68,25	0,6825
02538334	NRA-Dapagliflozin	Nora	30	20,48	0,6825
			90	61,43	0,6825
02531550	pms-Dapagliflozin	Phmscience	30	20,48	0,6825
			100	68,25	0,6825
02537656	Pro-Dapagliflozin	Pro Doc	30	20,48	0,6825
			100	68,25	0,6825
02528975	Riva-Dapagliflozin	Riva	30	20,48	0,6825
			180	122,85	0,6825
02518732	Sandoz Dapagliflozin	Sandoz	30	20,48	0,6825
			100	68,25	0,6825

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				10 mg	PPB
02533057	<i>AG-Dapagliflozin</i>	Angita	30	20,48	► 0,6825
			500	341,25	► 0,6825
02527197	<i>Apo-Dapagliflozin</i>	Apotex	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02531410	<i>Auro-Dapagliflozin</i>	AuroPharma	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02435470	<i>Forxiga</i>	AZC	30	73,50	2,4500
02519860	<i>GLN-Dapagliflozin</i>	Glenmark	30	20,48	► 0,6825
			90	61,43	► 0,6825
02531372	<i>JAMP Dapagliflozin</i>	Jamp	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02535300	<i>M-Dapagliflozin</i>	Mantra Ph.	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02538342	<i>NRA-Dapagliflozin</i>	Nora	30	20,48	► 0,6825
			90	61,43	► 0,6825
02531569	<i>pms-Dapagliflozin</i>	Phmscience	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02537664	<i>Pro-Dapagliflozin</i>	Pro Doc	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825
02528983	<i>Riva-Dapagliflozin</i>	Riva	30	20,48	► 0,6825
			180	122,85	► 0,6825
02518740	<i>Sandoz Dapagliflozin</i>	Sandoz	30	20,48	► 0,6825
			100	68,25	► 0,6825

DAPAGLIFLOZINE (INSUFFISANCE CARDIAQUE, FRACTION D'ÉJECTION >40%)

Co.

				5 mg	PPB
+	99114539	<i>Apo-Dapagliflozin</i>	Apotex	30	20,48 ► 0,6825
				100	68,25 ► 0,6825
+	99114543	<i>pms-Dapagliflozin</i>	Phmscience	30	20,48 ► 0,6825

Co.

				10 mg	PPB
+	99114540	<i>Apo-Dapagliflozin</i>	Apotex	30	20,48 ► 0,6825
				100	68,25 ► 0,6825
+	99114541	<i>pms-Dapagliflozin</i>	Phmscience	30	20,48 ► 0,6825
				100	68,25 ► 0,6825
+	99114558	<i>Pro-Dapagliflozin</i>	Pro Doc	30	20,48 ► 0,6825
				100	68,25 ► 0,6825

DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				5 mg	-850 mg	PPB
02536153	<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin</i>	Apotex	60	38,59	► 0,6432	
02533073	<i>Auro-Dapagliflozin/</i> <i>Metformin</i>	AuroPharma	60	38,59	► 0,6432	
02449935	<i>Xigduo</i>	AZC	500	321,60	► 0,6432	
			60	73,50	1,2250	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
02536161	Apo-Dapagliflozin-Metformin	Apotex	5 mg -1000 mg PPB		
02533081	Auro-Dapagliflozin/ Metformin	AuroPharma	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	
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			

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue 02391821	Aranesp	Amgen	300 mcg/0,6 mL 1	300 mcg/0,6 mL 828,00	
Seringue 02392364	Aranesp	Amgen	500 mcg/1,0 mL 1	500 mcg/1,0 mL 1380,00	
DAROLUTAMIDE					
Co. 02496348	Nubeqa	Bayer	300 mg 120	300 mg 3401,28	28,3440
DARUNAVIR					
Co. 02487241 02486121 02521342 02522284	Apo-Darunavir Auro-Darunavir Darunavir M-Darunavir	Apotex AuroPharma Jamp Mantra Ph.	60 60 60 60	600 mg PPB 257,82 257,82 257,82 257,82	4,2970 4,2970 4,2970 4,2970
DASATINIB					
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	30 60 60 60 30 60	20 mg PPB 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	30 60 60 60 30 60	50 mg PPB 583,93 1167,85 4390,13 1167,85 583,93 1167,85	19,4642 19,4642 73,1688 19,4642 19,4642 19,4642
Co. 02481499 02514753 02293145 02499312 02478323	Apo-Dasatinib Reddy-Dasatinib Sprycel Taro-Dasatinib Teva-Dasatinib	Apotex Dr Reddy's B.M.S. Taro Teva Can	30 60 60 60 30 60	70 mg PPB 643,53 1287,07 4841,45 1287,07 643,53 1287,07	21,4511 21,4511 80,6908 21,4511 21,4511 21,4511

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

02470721	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	1167,06	100 mg PPB 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.

02560895	<i>Osenvelt</i>	Celltrion	1	312,00	120 mg/1,7 mL
02545764	<i>Wyost</i>	Sandoz	1	312,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)

02545411	<i>Jubbonti</i>	Sandoz	1	194,70	60 mg/mL (1 mL)
02560917	<i>Stoboclo</i>	Celltrion	1	194,70	

DEUCRAVACITINIB

Co.

02533030	<i>Sotykut</i>	B.M.S.	28	1104,60	6 mg
			90	3550,50	39,4500

DEXAMÉTHASONE

Implant Intravitréen

02363445	<i>Ozurdex</i>	AbbVie	1	1295,00	0,7 mg
----------	----------------	--------	---	---------	--------

DICLOFÉNAC SODIQUE

Sol. Oph.

02441020	<i>Apo-Diclofenac Ophthalmic</i>	Apotex	5 ml	6,20	0,1 % PPB
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>	AuroPharma	14	61,97	4,4264
			56	247,88	4,4264
02494809	<i>GLN-Dimethyl Fumarate</i>	Glenmark	14	61,97	4,4264
02516047	<i>Jamp Dimethyl Fumarate</i>	Jamp	56	247,88	4,4264
02502690	<i>Mar-Dimethyl Fumarate</i>	Marcan	56	247,88	4,4264
02497026	<i>pms-Dimethyl Fumarate</i>	Phmscience	14	61,97	4,4264
			56	247,88	4,4264
02513781	<i>Sandoz Dimethyl Fumarate</i>	Sandoz	56	247,88	4,4264
02404508	<i>Tecfidera</i>	Biogen	14	178,36	12,7396
			56	713,42	12,7396

Caps. L.A.

240 mg PPB					
02495368	<i>ACH-Dimethyl Fumarate</i>	Accord	56	486,57	8,6888
02505770	<i>Apo-Dimethyl Fumarate</i>	Apotex	56	486,57	8,6888
02540754	<i>Auro-Dimethyl Fumarate</i>	AuroPharma	14	121,64	8,6888
			56	486,57	8,6888
02494817	<i>GLN-Dimethyl Fumarate</i>	Glenmark	60	521,33	8,6888
02516055	<i>Jamp Dimethyl Fumarate</i>	Jamp	56	486,57	8,6888
02502704	<i>Mar-Dimethyl Fumarate</i>	Marcan	56	486,57	8,6888
02497034	<i>pms-Dimethyl Fumarate</i>	Phmscience	56	486,57	8,6888
02513803	<i>Sandoz Dimethyl Fumarate</i>	Sandoz	56	486,57	8,6888
02420201	<i>Tecfidera</i>	Biogen	56	1426,85	25,4795

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

50 mg PPB					
02257556	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	100	7,04	0,0704
			500	35,20	0,0704
00757691	<i>pdp-Diphenhydramine</i>	Pendopharm	100	7,04	0,0704
			500	35,20	0,0704

Co. ou Caps.

25 mg PPB					
02257548	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	250	13,35	0,0534
			500	26,70	0,0534
02239029	<i>Nadryl 25</i>	Riva	100	5,34	0,0534
00757683	<i>pdp-Diphenhydramine</i>	Pendopharm	100	5,34	0,0534

DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE) □

Caps.

200 mg L.A. - 25 mg					
02471051	<i>Taro-Dipyridamole/ASA</i>	Taro	60	39,94	0,6656

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) ■

Co.

			5 mg	PPB	
02432684	<i>AG-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
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
* 02416417	<i>Pro-Donepezil</i>	Pro Doc	100	45,86 ➡	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
02475286	<i>Donepezil</i>	Riva	100	45,86	► 0,4586
02426854	<i>Donepezil</i>	Sanis	100	45,86	► 0,4586
02420600	<i>Donepezil</i>	Sivern	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
*	<i>02416425 Pro-Donepezil</i>	Pro Doc	100	45,86	► 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. (ser)

150 mg/mL (2 mL)					
02470365	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

Sol. Inj. S.C. (ser)

175 mg/mL (1,14 mL)					
02492504	<i>Dupixent</i>	SanofiAven	2	1876,71	938,3550

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02510049	Dupixent	SanofiAven	150 mg/mL (2 mL) 2	1876,71	938,3550
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02524252	Dupixent	SanofiAven	175 mg/mL (1,14 mL) 2	1876,71	938,3550
ÉCULIZUMAB 					
Sol. Perf. I.V. 02322285	Soliris	Alexion	10 mg/mL (30 mL) 1	6675,30	
ÉDARAVONE 					
Susp. Orale 02532611	Radicava	Mitsubishi	105 mg/5 mL 50 ml 70 ml	9200,00 12880,00	184,0000 184,0000
EFGARTIGIMOD ALFA 					
Sol. Perf. I.V. 02541599	Vyvgart	Argenx	20 mg/mL (20 mL) 1	7900,00	
ÉLÉXACFTOR/TÉZACAFTOR/IVACAFTOR ET IVACAFTOR (EMBALLAGE COMBINÉ) 					
Trousse (orale solide) 02526670	Trikafta	Vertex	50 mg - 25 mg - 37,5 mg et 75 mg 84	23520,00	
Trousse (orale solide) 02542285	Trikafta	Vertex	80 mg - 40 mg - 60 mg et 59,5 mg 56	23520,00	
Trousse (orale solide) 02542277	Trikafta	Vertex	100 mg - 50 mg - 75 mg et 75 mg 56	23520,00	
Trousse (orale solide) 02517140	Trikafta	Vertex	100 mg - 50 mg - 75 mg et 150 mg 84	23520,00	
ELTROMBOPAG 					
Co. 02506742 02361825	Apo-Eltrombopag Revolade	Apotex Novartis	25 mg PPB 28 14 28	1249,50 735,00 1470,00	44,6250 52,5000 52,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				50 mg PPB	
02506769	Apo-Eltrombopag	Apotex	28	2499,00	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 78,53	2,6177
			90	235,59	2,6177

Co.

02443945	Jardiance	Bo. Ing.	30	25 mg 78,53	2,6177
			90	235,59	2,6177

EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02456575	Synjardy	Bo. Ing.	60	5 mg - 500 mg 81,00	1,3500
----------	----------	----------	----	------------------------	--------

Co.

02456583	Synjardy	Bo. Ing.	60	5 mg - 850 mg 81,00	1,3500
----------	----------	----------	----	------------------------	--------

Co.

02456591	Synjardy	Bo. Ing.	60	5 mg - 1000 mg 81,00	1,3500
----------	----------	----------	----	-------------------------	--------

Co.

02456605	Synjardy	Bo. Ing.	60	12,5 mg - 500 mg 81,00	1,3500
----------	----------	----------	----	---------------------------	--------

Co.

02456613	Synjardy	Bo. Ing.	60	12,5 mg - 850 mg 81,00	1,3500
----------	----------	----------	----	---------------------------	--------

Co.

02456621	Synjardy	Bo. Ing.	60	12,5 mg - 1000 mg 81,00	1,3500
----------	----------	----------	----	----------------------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ENCORAFÉNIB 

Caps.

02513099	Braftovi	Pfizer	120 180	75 mg 6030,00 9045,00	50,2500
----------	----------	--------	------------	-----------------------------	---------

ENFUVIRTIDE 

Pd. Inj. S.C.

02247725	Fuzeon	Roche	60	108 mg 2385,60	39,7600
----------	--------	-------	----	-------------------	---------

ENTRECTINIB 

Caps.

02495007	Rozlytrek	Roche	30	100 mg 1430,00	47,6667
----------	-----------	-------	----	-------------------	---------

Caps.

02495015	Rozlytrek	Roche	90	200 mg 8580,00	95,3333
----------	-----------	-------	----	-------------------	---------

ENZALUTAMIDE 

Caps.

02407329	Xtandi	Astellas	120	40 mg 3401,40	28,3450
----------	--------	----------	-----	------------------	---------

ÉPLÉRÉNONE 

Co.

02323052	Inspira	BGP Pharma	30	25 mg PPB 76,69	2,5563
02543389	Jamp Eplerenone	Jamp	30	41,19	1,3730
			90	123,57	1,3730
02471442	Mint-Eplerenone	Mint	90	123,57	1,3730

Co.

02323060	Inspira	BGP Pharma	30	50 mg PPB 76,69	2,5563
02543397	Jamp Eplerenone	Jamp	30	41,19	1,3730
02471450	Mint-Eplerenone	Mint	90	123,57	1,3730

ÉPLONTERSEN 

Sol. Inj. S.C. (style)

02548909	Wainua	AZC	1	56 mg /mL (0,8 mL) 47680,33	
----------	--------	-----	---	--------------------------------	--

ÉPOÉTINE ALFA 

Seringue

02231583	Eprex	Janss. Inc	6	1 000 UI/0,5 mL 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	
ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE □					
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
----------	--------	----------	---	------------------	---------

ERDAFITINIB 

Co.

02493217	Balversa	Janss. Inc	56	3 mg	8865,36	158,3100
			84		13298,04	158,3100

Co.

02493225	Balversa	Janss. Inc	28	4 mg	5910,24	211,0800
			56		11820,48	211,0800

Co.

02493233	Balversa	Janss. Inc	28	5 mg	7387,80	263,8500
----------	----------	------------	----	------	---------	----------

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D') 

Co.

02537931	Apo-Eslicarbazepine	Apotex	30	200 mg PPB	148,05	4,9350
02426862	Aptiom	Sumitomo	30		286,80	9,5600
02527421	Auro-Eslicarbazepine	Aurobindo	30		148,05	4,9350

Co.

02537958	Apo-Eslicarbazepine	Apotex	30	400 mg PPB	148,05	4,9350
02426870	Aptiom	Sumitomo	30		286,80	9,5600
02527448	Auro-Eslicarbazepine	Aurobindo	30		148,05	4,9350

Co.

02537966	Apo-Eslicarbazepine	Apotex	30	600 mg PPB	148,05	4,9350
02426889	Aptiom	Sumitomo	60		573,60	9,5600
02527456	Auro-Eslicarbazepine	Aurobindo	60		296,10	4,9350

Co.

02537974	Apo-Eslicarbazepine	Apotex	30	800 mg PPB	148,05	4,9350
02426897	Aptiom	Sumitomo	30		286,80	9,5600
02527464	Auro-Eslicarbazepine	Aurobindo	30		148,05	4,9350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ESTRADIOL-17B 

Timbre cut.

0,025 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02247499	<i>Climara-25</i>	Bayer	4	19,67	4,9175
02245676	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	20,04	2,5050
02243722	<i>Oesclim 25</i>	Search Phm	8	19,28	2,4100

Timbre cut.

0,0375 mg/24 h

02243999	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	20,04	2,5050
----------	-----------------	--------	---	-------	--------

Timbre cut.

0,05 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02231509	<i>Climara-50</i>	Bayer	4	21,01	5,2525
02244000	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	21,44	2,6800
02243724	<i>Oesclim 50</i>	Search Phm	8	19,85	2,4813
02246967	<i>Sandoz Estradiol Derm 50</i>	Sandoz	8	16,80	2,1000

Timbre cut.

0,075 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02247500	<i>Climara-75</i>	Bayer	4	22,40	5,6000
02244001	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	23,00	2,8750
02246968	<i>Sandoz Estradiol Derm 75</i>	Sandoz	8	17,90	2,2375

Timbre cut.

0,1 mg/24 h

02244002	<i>Estradot</i>	Sandoz	8	23,88	2,9850
02246969	<i>Sandoz Estradiol Derm 100</i>	Sandoz	8	18,70	2,3375

ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) 

Timbre cut.

0,05 mg -0,14 mg/24 h

02241835	<i>Estalis 140/50</i>	Sandoz	8	23,95	2,9938
----------	-----------------------	--------	---	-------	--------

Timbre cut.

0,05 mg -0,25 mg/24 h

02241837	<i>Estalis 250/50</i>	Sandoz	8	23,95	2,9938
----------	-----------------------	--------	---	-------	--------

ÉTANERCEPT 

Sol. Inj. S.C.

50 mg/mL (0,5 mL)

02462877	<i>Erelzi (seringue)</i>	Sandoz	4	482,00	120,5000
----------	--------------------------	--------	---	--------	----------

Sol. Inj. S.C.

50 mg/mL (1 mL)

02455323	<i>Brenzys (seringue)</i>	Organon	4	944,72	236,1800
02455331	<i>Brenzys (stylo)</i>	Organon	4	944,72	236,1800
02462869	<i>Erelzi (seringue)</i>	Sandoz	4	964,00	241,0000
02462850	<i>Erelzi SensoReady Pen</i>	Sandoz	4	964,00	241,0000
02530295	<i>Rymti (seringue)</i>	Lupin	4	944,72	236,1800
02530309	<i>Rymti (stylo)</i>	Lupin	4	944,72	236,1800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉTRASIMOD (L-ARGININE D') 

Co.				2 mg	
02544903	Velsipity	Pfizer	30	1293,00	43,1000

ÉTRAVIRINE 

Co.				100 mg	
02306778	Intelence	Janss. Inc	120	671,40	5,5950

Co.

02375931	Intelence	Janss. Inc	60	654,00	10,9000
----------	-----------	------------	----	--------	---------

ÉVÉROLIMUS 

Co.

02369257	Afinitor	Novartis	30	5580,00	2,5 mg PPB
02530090	NAT-Everolimus	Natco	30	1519,91	⇒ 50,6635
02504677	pms-Everolimus	Phmscience	30	1519,91	⇒ 50,6635
02532409	Reddy-Everolimus	Dr Reddy's	30	1519,91	⇒ 50,6635
02492911	Sandoz Everolimus	Sandoz	30	1519,91	⇒ 50,6635
02463229	Teva-Everolimus	Teva Can	30	1519,91	⇒ 50,6635

Co.

02339501	Afinitor	Novartis	30	5580,00	5 mg PPB
02530104	NAT-Everolimus	Natco	30	1519,91	⇒ 50,6635
02504685	pms-Everolimus	Phmscience	30	1519,91	⇒ 50,6635
02532417	Reddy-Everolimus	Dr Reddy's	30	1519,91	⇒ 50,6635
02492938	Sandoz Everolimus	Sandoz	30	1519,91	⇒ 50,6635
02463237	Teva-Everolimus	Teva Can	30	1519,91	⇒ 50,6635

Co.

02339528	Afinitor	Novartis	30	5580,00	10 mg PPB
02530120	NAT-Everolimus	Natco	30	1519,91	⇒ 50,6635
02504693	pms-Everolimus	Phmscience	30	1519,91	⇒ 50,6635
02532433	Reddy-Everolimus	Dr Reddy's	30	1519,91	⇒ 50,6635
02492946	Sandoz Everolimus	Sandoz	30	1519,91	⇒ 50,6635
02463253	Teva-Everolimus	Teva Can	30	1519,91	⇒ 50,6635

ÉVINACUMAB 

Sol. Perf. I.V.

02541769	Evkeeza	Ultragenyx	2,3 ml	10163,70	150 mg/mL (2,3 mL)
----------	---------	------------	--------	----------	--------------------

ÉVOLOCUMAB 

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02446057	Repatha	Amgen	2	503,82	140 mg/mL (1 mL)
----------	---------	-------	---	--------	------------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES 

Co. S-Ling.

02381885	Oralair	Stallergen	3	100 IR 3,78	1,2600
----------	---------	------------	---	----------------	--------

Co. S-Ling.

02381893	Oralair	Stallergen	30 90	300 IR 114,00 342,00	3,8000 3,8000
----------	---------	------------	----------	----------------------------	------------------

Co. S-Ling.

02418304	Grastek	ALK-Abello	30	2800 UAB 114,00	3,8000
----------	---------	------------	----	--------------------	--------

FARICIMAB 

Sol. Inj.

02527618	Vabysmo	Roche	1	120 mg/mL (0,24 mL) 1350,00	
----------	---------	-------	---	--------------------------------	--

Sol. Inj. (ser)

02554003	Vabysmo	Roche	1	120 mg/mL (0,175 mL) 1350,00	
----------	---------	-------	---	---------------------------------	--

FEBUXOSTAT 

Co.

02533243	Auro-Febuxostat	AuroPharma	30 100	80 mg PPB 11,93 39,75	0,3975 0,3975
02539837	Febuxostat	Sanis	100	39,75	0,3975
02490870	Jamp-Febuxostat	Jamp	30	11,93	0,3975
02473607	Mar-Febuxostat	Marcan	100	39,75	0,3975
02549425	M-Febuxostat	Mantra Ph.	100	39,75	0,3975
02466198	Teva-Febuxostat	Teva Can	100	39,75	0,3975

FÉDRATINIB 

Caps.

02502445	Inrebic	Celgene	120	100 mg 10127,16	84,3930
----------	---------	---------	-----	--------------------	---------

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE) 

Co. L.A.

02521768	Sandoz Fesoterodine Fumarate	Sandoz	30 100	4 mg PPB 33,75 112,50	1,1250 1,1250
02380021	Toviaz	Pfizer	30	45,00	1,5000

Co. L.A.

02521776	Sandoz Fesoterodine Fumarate	Sandoz	30 100	8 mg PPB 33,75 112,50	1,1250 1,1250
02380048	Toviaz	Pfizer	30	45,00	1,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FIDAXOMICINE

Co.

02387174	Dificid	Merck	20	200 mg 1584,00	79,2000
----------	---------	-------	----	-------------------	---------

FINÉRÉNONE

Co.

02531917	Kerendia	Bayer	90	10 mg 293,08	3,2564
----------	----------	-------	----	-----------------	--------

Co.

02531925	Kerendia	Bayer	90	20 mg 293,08	3,2564
----------	----------	-------	----	-----------------	--------

FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

				0,5 mg	PPB
02469936	Apo-Fingolimod	Apotex	28	608,66	► 21,7380
02365480	Gilenya	Novartis	28	2384,62	85,1650
02487772	Jamp Fingolimod	Jamp	30	652,14	► 21,7380
02474743	Mar-Fingolimod	Marcan	30	652,14	► 21,7380
02469715	Mylan-Fingolimod	Mylan	28	608,66	► 21,7380
02469782	pms-Fingolimod	Phmscience	28	608,66	► 21,7380
02482606	Sandoz Fingolimod	Sandoz	28	608,66	► 21,7380
02469618	Taro-Fingolimod	Taro	28	608,66	► 21,7380
02469561	Teva-Fingolimod	Teva Can	30	652,14	► 21,7380

FLUCONAZOLE

Susp. Orale

02024152	Diflucan	Pfizer	35 ml	50 mg/5 mL 33,65	0,9614
----------	----------	--------	-------	---------------------	--------

FOLLITROPINE ALPHA

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	
----------	---------	--------	---	------------------	--

FOLLITROPINE BÊTA

Cartouche

02243948	Puregon	Organon	1	300 UI 291,00	
----------	---------	---------	---	------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Cartouche 99100718	Puregon	Organon	1	600 UI 582,00	
Cartouche 99100637	Puregon	Organon	1	900 UI 873,00	
FOLLITROPINE DELTA 					
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02487462	Rekovelle	Ferring	1	12 mcg/0,36 mL 178,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02487470	Rekovelle	Ferring	1	36 mcg/1,08 mL 536,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02487489	Rekovelle	Ferring	1	72 mcg/2,16 mL 1073,00	
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) / BUDÉSONIDE 					
Pd. pour Inh. 02245385	Symbicort 100 Turbuhaler	AZC	120 dose(s)	6 mcg -100 mcg/dose 62,50	
Pd. pour Inh. 02245386	Symbicort 200 Turbuhaler	AZC	120 dose(s)	6 mcg -200 mcg/dose 81,25	
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE) / BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 					
Aéro. oral 02518058	Breztri Aerosphere	AZC	120 dose(s)	5,0 mcg - 160 mcg - 7,2 mcg /dose 127,00	
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE) 					
Aéro. oral 02361752	Zenhale	Organon	120 dose(s)	5 mcg - 100 mcg 78,00	
Aéro. oral 02361760	Zenhale	Organon	120 dose(s)	5 mcg - 200 mcg 96,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE

Liq.

99113795	KetoCal 4:1 (toutes saveurs)	Nutricia	27	145,00	5,3704
99113796	KetoVie 4:1 chocolat	Ajinomoto	30	171,97	5,7323
99114005	KetoVie 4:1 non aromatisé	Ajinomoto	30	171,97	5,7323
99113797	KetoVie 4:1 vanille	Ajinomoto	30	171,97	5,7323

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE

Pd. Orale

99113792	KetoCal 4:1	Nutricia	6	300 g suppl.	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	30	250 mL suppl.	267,07	8,9023
----------	------------------------------------	-----------	----	---------------	--------	--------

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE (SEMI-ÉLÉMENTAIRE)

Liq.

99113949	KetoVie Peptide 4:1	Ajinomoto	30	250 mL suppl.	267,07	8,9023
----------	---------------------	-----------	----	---------------	--------	--------

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 CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Liq.

99100206	Alimentum	Abbott	1	237 mL suppl.	1,54	
----------	-----------	--------	---	---------------	------	--

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.

99114521	Nutramigen A+	M.J.	1	561 g suppl.	22,80	
* 99101338	Nutramigen A+ LGG	M.J.	1		33,32	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Pd. Orale

400 g suppl.

99114374	<i>Modilac Expert Riz</i>	F.Savencia	400 g	18,65	
----------	---------------------------	------------	-------	-------	--

FORMULE NUTRITIVE - INSUFFISANCE RÉNALE (ENFANT)

Liq.

200 mL suppl.

99114311	<i>Renastep</i>	Vitaflor	15	138,45	9,2300
----------	-----------------	----------	----	--------	--------

Pd.

400 g suppl.

99113884	<i>Renastart</i>	Vitaflor	6	253,65	42,2750
----------	------------------	----------	---	--------	---------

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO

Pd. Orale

410 g suppl.

00881201	<i>Portagen</i>	M.J.	1	20,22	
----------	-----------------	------	---	-------	--

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE

Pd. Orale

48,7 g/sachet suppl.

99000229	<i>Vivonex Pédiatrique</i>	Nestlé H.S	6	39,42	6,5700
----------	----------------------------	------------	---	-------	--------

Pd. Orale

79,5 g/ sac. suppl.

00921017	<i>Vivonex Plus</i>	Nestlé H.S	6	39,39	6,5650
----------	---------------------	------------	---	-------	--------

Pd. Orale

80 g/sac. suppl.

00861464	<i>Tolerex</i>	Nestlé H.S	6	28,02	4,6700
----------	----------------	------------	---	-------	--------

Pd. Orale

80,4 g/sac. suppl.

00895229	<i>Vivonex T.E.N.</i>	Nestlé H.S	10	81,61	8,1607
----------	-----------------------	------------	----	-------	--------

Pd. Orale Péd.

400 g suppl.

99114278	<i>Alfamino Junior</i>	Nestlé H.S	6	362,66	60,4433
----------	------------------------	------------	---	--------	---------

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)

Liq.

237 mL suppl.

99100463	<i>Neocate Splash (toutes saveurs)</i>	Nutricia	27	178,76	6,6207
----------	--	----------	----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Orale Péd.			400 g suppl.		
99114069	<i>EquaCare Jr (toutes saveurs)</i>	Ajinomoto	6	242,06	40,3433
99114004	<i>Essential Care Jr</i>	Ajinomoto	6	280,26	46,7100
99100892	<i>Neocate avec DHA et ARA</i>	Nutricia	4	199,28	49,8198
99004402	<i>Neocate Junior</i>	Nutricia	4	191,23	47,8075
99100790	<i>Neocate Junior avec fibres (toutes saveurs)</i>	Nutricia	4	184,00	46,0000
99100715	<i>Puramino A+</i>	M.J.	1	51,66	
99101278	<i>Puramino A+ Junior</i>	M.J.	1	47,22	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS

Liq.			1 L suppl.		
99003635	<i>Compleat 1.06</i>	Nestlé H.S	1	7,45	
99114340	<i>Glucerna 1.2 Cal</i>	Abbott	8	64,48	8,0600
99100703	<i>Nepro</i>	Abbott	1	8,01	
99100462	<i>TwoCal HN</i>	Abbott	1	9,84	

Liq.			1,5 L suppl.		
99004496	<i>Isosource Fibres 1.0 HP</i>	Nestlé H.S	1	12,15	
99000202	<i>Isosource Fibres 1.2</i>	Nestlé H.S	1	12,90	
99004127	<i>Isosource Fibres 1.5</i>	Nestlé H.S	1	14,60	
99100645	<i>Jevity 1 Cal</i>	Abbott	1	10,63	
99003600	<i>Jevity 1.2 Cal</i>	Abbott	1	12,09	
99100402	<i>Jevity 1.5 Cal</i>	Abbott	1	15,10	
99100042	<i>Resource pour diabétiques 1.05</i>	Nestlé H.S	1	9,79	

Liq.			235 mL à 250 mL suppl.		
99000504	<i>Compleat 1.06</i>	Nestlé H.S	1	1,90	
99004658	<i>Compleat Junior 1.0</i>	Nestlé H.S	1	2,42	
99114339	<i>Glucerna 1.2 Cal</i>	Abbott	24	45,85	1,9104
99000180	<i>Isosource Fibres 1.0 HP</i>	Nestlé H.S	1	2,55	
00801194	<i>Isosource Fibres 1.2</i>	Nestlé H.S	1	2,15	
99004135	<i>Isosource Fibres 1.5</i>	Nestlé H.S	1	2,30	
99000482	<i>Jevity 1 Cal</i>	Abbott	1	1,65	
99003392	<i>Jevity 1.2 Cal</i>	Abbott	24	45,75	1,9063
99100417	<i>Jevity 1.5 Cal</i>	Abbott	24	57,61	2,4004
99100702	<i>Nepro</i>	Abbott	1	1,90	
99003414	<i>Nutren Junior Fibres 1.0</i>	Nestlé H.S	1	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 Jeunesse 1,5</i>	Nestlé H.S	1	2,56	
99002019	<i>Resource pour diabétiques 1.05</i>	Nestlé H.S	1	1,63	
99002647	<i>Suplena</i>	Abbott	1	2,00	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS (INTOLÉRANCE OU ALLERGIE)

Liq.			1 L suppl.		
99114000	<i>Compleat 1.5</i>	Nestlé H.S	6	137,40	22,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Liq.				250 mL suppl.	
99113857	<i>Compleat 1.5</i>	Nestlé H.S	24	137,40	5,7250
99113858	<i>Compleat 1.5 Junior</i>	Nestlé H.S	24	133,80	5,5750

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS

Liq.				1 L suppl.	
99100395	<i>Isosource 2.0</i>	Nestlé H.S	1	9,42	
99100244	<i>Novasource Renal</i>	Nestlé H.S	1	8,87	

Liq.				1,5 L suppl.	
99000164	<i>Isosource 1.2</i>	Nestlé H.S	1	7,50	
99002000	<i>Isosource 1.5</i>	Nestlé H.S	1	10,75	
99003570	<i>Osmolite 1.0 cal</i>	Abbott	1	8,01	

Liq.				235 mL à 250 mL suppl.	
00898708	<i>Boost 1.5</i>	Nestlé H.S	1	1,62	
99114486	<i>Boost 2.24</i>	Nestlé H.S	24	60,48	2,5200
99114086	<i>Ensure Plus</i>	Abbott	1	1,45	
99000512	<i>Isosource 1.2</i>	Nestlé H.S	1	1,43	
00907766	<i>Isosource 1.5</i>	Nestlé H.S	1	1,79	
99003546	<i>Novasource Renal</i>	Nestlé H.S	1	2,21	
99003406	<i>Nutren Junior 1.0</i>	Nestlé H.S	1	1,54	
99000474	<i>Pediasure</i>	Abbott	1	1,56	
99001543	<i>Promote</i>	Abbott	1	1,36	
99003554	<i>Resource 2.0</i>	Nestlé H.S	1	2,23	
99004690	<i>TwoCal HN</i>	Abbott	24	56,15	2,3396

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS - USAGE SPÉCIFIQUE

Pd. Orale				400 g suppl.	
99100792	<i>Modulen</i>	Nestlé H.S	1	27,10	

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)

Pd. Orale Péd.				363 g suppl.	
99100122	<i>Enfamil A+ Enfacare</i>	M.J.	1	14,45	
99100123	<i>Similac Neosure</i>	Abbott	1	14,41	

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE

Pd. Orale				227 g suppl.	
99003783	<i>Beneprotein</i>	Nestlé H.S	6	101,40	16,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE

Liq.

99002922	<i>Peptamen 1.5</i>	Nestlé H.S	1	40,69	
99100826	<i>Peptamen AF 1.2</i>	Nestlé H.S	1	51,70	
99114404	<i>Pivot 1.5 Cal</i>	Abbott	8	306,88	
99101178	<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i>	Abbott	1	28,88	38,3600

Liq.

99100094	<i>Peptamen avec Prebio 1</i>	Nestlé H.S	1	39,90	
----------	-------------------------------	------------	---	-------	--

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	12,93	
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	

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE

Liq.

99101234	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	40,16	
----------	---------------------------------------	------------	---	-------	--

Liq.

99101235	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	10,04	
----------	---------------------------------------	------------	---	-------	--

FOSLÉVODOPA/ FOSCARBIDOPA

Sol. Perf. S. C.

240 mg/mL - 12 mg/mL (10 mL)

02537702	<i>Vyalev</i>	AbbVie	7	1188,67	169,8100
----------	---------------	--------	---	---------	----------

FRÉMANEZUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

150 mg/mL (1,5 mL)

02497859	<i>Ajovy</i>	Teva Innov	1	535,72	
----------	--------------	------------	---	--------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

150 mg/mL (1,5 mL)

02509474	<i>Ajovy</i>	Teva Innov	1	535,72	
----------	--------------	------------	---	--------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FRUQUINTINIB 

Caps.

02551454	<i>Fruzaqla</i>	Takeda	21	1 mg 1580,00	75,2381
----------	-----------------	--------	----	-----------------	---------

Caps.

02551462	<i>Fruzaqla</i>	Takeda	21	5 mg 6321,00	301,0000
----------	-----------------	--------	----	-----------------	----------

FULVESTRANT 

Sol. Inj. I.M. (ser)

50 mg/mL (5 mL) PPB					
02248624	<i>Faslodex</i>	AZC	2	1153,11	576,5550
02530635	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Jamp	2	408,03	► 204,0135
02483610	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sandoz	2	408,03	► 204,0135
02558971	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sterimax	2	408,03	► 204,0135
02536293	<i>Fulvestrant Injection</i>	Forma Ph	2	408,03	► 204,0135
02460130	<i>Teva-Fulvestrant Injection</i>	Teva Can	2	408,03	► 204,0135

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE) 

Caps. L.A.

02425157	<i>Auro-Galantamine ER</i>	AuroPharma	30	8 mg PPB 34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475
02443015	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	► 1,1475
02339439	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475

Caps. L.A.

02425165	<i>Auro-Galantamine ER</i>	AuroPharma	30	16 mg PPB 34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475
02443023	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	► 1,1475
02339447	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475

Caps. L.A.

02425173	<i>Auro-Galantamine ER</i>	AuroPharma	30	24 mg PPB 34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475
02443031	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	► 1,1475
02339455	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	► 1,1475
			100	114,75	► 1,1475

GALCANÉZUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02491060	<i>Emgality</i>	Lilly	1	120 mg/mL (1 mL) 554,88	
----------	-----------------	-------	---	----------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02491087	<i>Emgality</i>	Lilly	1	120 mg/mL (1 mL) 554,88	
----------	-----------------	-------	---	----------------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
GENTAMICINE (SULFATE DE) 					
Sol. Inj.				40 mg/mL	
02242652	<i>Gentamicine Injection</i>	Sandoz	2 ml	15,56	
GILTÉRITINIB 					
Co.				40 mg	
02495058	<i>Xospata</i>	Astellas	90	24901,62	276,6847
GIVOSIRAN 					
Sol. Inj. S.C.				189 mg/mL	
02506343	<i>Givlaari</i>	Alnylam	1	64454,30	
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) 					
Sol. Inj. S.C. (ser)				20 mg/mL (1 mL)	
02541440	<i>Acéate de glatiramère injectable</i>	Mylan	30	835,76	27,8587
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT) 					
Sol. Inj. S.C. (ser)				20 mg/mL (1 mL)	
02460661	<i>Glatect</i>	Phmscience	30	972,00	32,4000
GLÉCAPRÉVIR/PIBRENTASVIR 					
Trousse (orale solide)				100 mg -40 mg	
02467550	<i>Maviret</i>	AbbVie	28	20000,00	714,2857
GLIMÉPIRIDE 					
Co.				1 mg	
02269589	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857
Co.				2 mg	
02269597	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857
Co.				4 mg	
02269619	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

GLYCÉRINE 5

Supp.

99100357			12		
----------	--	--	----	--	--

GLYCOPYRROLATE

Sol. Orale

02469332	Cuvposa	Medexus	473 ml	0,2 mg/mL 625,00	1,3214
----------	---------	---------	--------	---------------------	--------

GOLIMUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)

02324776	Simponi	Janss. Inc	1	50 mg/0,5 mL 1447,00	
----------	---------	------------	---	-------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02324784	Simponi	Janss. Inc	1	50 mg/0,5 mL 1447,00	
----------	---------	------------	---	-------------------------	--

Sol. Perf. I.V.

02417472	Simponi I.V.	Janss. Inc	1	12,5 mg/mL (4 mL) 826,86	
----------	--------------	------------	---	-----------------------------	--

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE

Pd. Inj.

02247459	Gonadotrophine Chorionique	Fresenius	1	10 000 U 72,00	
02182904	Pregnyl	Organon	1	72,00	

GONADOTROPHINES

Pd. Inj.

02283093	Menopur	Ferring	5	75 UI 275,00	55,0000
----------	---------	---------	---	-----------------	---------

GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE)

Co.

02308894	Apo-Granisetron	Apotex	10	1 mg PPB 45,00	4,5000
02472686	Jamp Granisetron	Jamp	10	45,00	4,5000
02452359	Nat-Granisetron	Natco	10	45,00	4,5000

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co. L.A.

				1 mg	PPB
02523728	Apo-Guanfacine XR	Apotex	30	46,13	► 1,5375
02409100	Intuniv XR	Takeda	100	153,75	► 1,5375
02523558	Jamp Guanfacine XR	Jamp	100	300,00	3,0000
			100	153,75	► 1,5375

Co. L.A.

				2 mg	PPB
02523736	Apo-Guanfacine XR	Apotex	30	56,12	► 1,8707
02409119	Intuniv XR	Takeda	100	187,07	► 1,8707
02523566	Jamp Guanfacine XR	Jamp	100	365,00	3,6500
			100	187,07	► 1,8707

Co. L.A.

				3 mg	PPB
02523744	Apo-Guanfacine XR	Apotex	30	66,11	► 2,2038
02409127	Intuniv XR	Takeda	100	220,38	► 2,2038
02523574	Jamp Guanfacine XR	Jamp	100	430,00	4,3000
			100	220,38	► 2,2038

Co. L.A.

				4 mg	PPB
02523752	Apo-Guanfacine XR	Apotex	30	76,11	► 2,5369
02409135	Intuniv XR	Takeda	100	253,69	► 2,5369
02523582	Jamp Guanfacine XR	Jamp	100	495,00	4,9500
			100	253,69	► 2,5369

GUSELKUMAB (MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE) 

Sol. Inj. S.C. (ser)

				100 mg/mL (1 mL)
+ 99114545	Tremfya	Janss. Inc	1	3059,74

Sol. Inj. S.C. (stylo)

				100 mg/mL (1 mL)
+ 99114546	Tremfya One-Press	Janss. Inc	1	3059,74

Sol. Inj. S.C. (stylo)

				100 mg/mL (2 mL)
+ 02559145	Tremfya	Janss. Inc	1	3059,74

Sol. Perf. I.V.

				10 mg/mL (20 mL)
+ 02559153	Tremfya I.V.	Janss. Inc	1	3059,74

GUSELKUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) 

Sol. Inj. S.C. (ser)

				100 mg/mL (1 mL)
* 02469758	Tremfya	Janss. Inc	1	3059,74

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE		
Sol. Inj. S.C. (stylo) * 02487314	Tremfyा One-Press	Janss. Inc	100 mg/mL (1 mL) 1	3059,74			
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE 	Lot. 02499967	Duobrii	Bausch H.	0,01 % - 0,045 % 100 g	193,00		
HUILE MINÉRALE Liq.	00704172	Huile Minérale	Atlas	100 % 250 ml 500 ml	0,0086 2,15 3,11 0,0062		
Liq. (Rect.)	00107875	Fleet Huileux	CB Fleet	130 ml	5,87		
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE Sol. Oph.	00000809	Alcon Tears	Alcon	0,5 % 15 ml	4,16		
Sol. Oph.	00000817	Alcon Tears	Alcon	1 % 15 ml	4,70		
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70 Sol. Oph.	00743445	Tears Naturale II	Alcon	0,3 % -0,1 % 15 ml	5,10		
IBRUTINIB 	Caps.	02434407	Imbruvica	Janss. Inc	140 mg 90	8158,50	90,6500
ICATIBANT (ACÉTATE D') 	Sol. Inj. S.C. (ser)	02425696 02547562	Firazyr Icatibant injectable	Takeda Jamp	10 mg/mL (3 mL) PPB 1 1	2700,00 1485,00	
ICOSAPENT ÉTHYLE 	Caps.	02495244	Vascepa	HLS	1 g 120	294,00	2,4500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

IDÉLALISIB

Co.

02438798	Zydelig	Gilead	60	100 mg 5121,00	85,3500
----------	---------	--------	----	-------------------	---------

Co.

02438801	Zydelig	Gilead	60	150 mg 5121,00	85,3500
----------	---------	--------	----	-------------------	---------

IMATINIB (MÉSYLATE D')

Co.

				100 mg	PPB
02490986	ACH-Imatinib	Accord	120	624,95	► 5,2079
02355337	Apo-Imatinib	Apotex	30	156,24	► 5,2079
02253275	Gleevec	Novartis	120	3182,21	26,5184
02504596	Imatinib	Sanis	30	156,24	► 5,2079
02521202	Imatinib	Sivem	30	156,24	► 5,2079
02495066	Jamp Imatinib	Jamp	30	156,24	► 5,2079
02492334	Mint-Imatinib	Mint	120	624,95	► 5,2079
02397285	NAT-Imatinib	Natco	30	156,24	► 5,2079
			120	624,95	► 5,2079
02431114	pms-Imatinib	Phmscience	120	624,95	► 5,2079
02399806	Teva-Imatinib	Teva Can	120	624,95	► 5,2079

Co.

				400 mg	PPB
02490994	ACH-Imatinib	Accord	30	624,94	► 20,8314
02355345	Apo-Imatinib	Apotex	30	624,94	► 20,8314
02253283	Gleevec	Novartis	30	3182,21	106,0737
02504618	Imatinib	Sanis	30	624,94	► 20,8314
02521210	Imatinib	Sivem	30	624,94	► 20,8314
02495074	Jamp Imatinib	Jamp	30	624,94	► 20,8314
02492342	Mint-Imatinib	Mint	30	624,94	► 20,8314
02397293	NAT-Imatinib	Natco	30	624,94	► 20,8314
02431122	pms-Imatinib	Phmscience	30	624,94	► 20,8314
02399814	Teva-Imatinib	Teva Can	30	624,94	► 20,8314

IMATINIB (MÉSYLATE D') - TUMEUR STROMALE GASTRO-INTESTINALE

Co.

				100 mg	PPB
99114189	Apo-Imatinib	Apotex	30	156,24	► 5,2079
99100983	Gleevec	Novartis	120	3182,21	26,5184
99114338	Imatinib	Sivem	30	156,24	► 5,2079
99114440	Jamp Imatinib	Jamp	30	156,24	► 5,2079
99114287	Mint-Imatinib	Mint	120	624,95	► 5,2079
99114193	NAT-Imatinib	Natco	30	156,24	► 5,2079
			120	624,95	► 5,2079
99114336	Teva-Imatinib	Teva Can	120	624,95	► 5,2079

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.					
99114188	Apo-Imatinib	Apotex	30	624,94	► 20,8314
99100982	Gleevec	Novartis	30	3182,21	106,0737
99114337	Imatinib	Sivem	30	624,94	► 20,8314
99114439	Jamp Imatinib	Jamp	30	624,94	► 20,8314
99114286	Mint-Imatinib	Mint	30	624,94	► 20,8314
99114192	NAT-Imatinib	Natco	30	624,94	► 20,8314
99114335	Teva-Imatinib	Teva Can	30	624,94	► 20,8314
400 mg PPB					
IMIQUIMOD					
Cr. Top.					
02239505	Aldara P	Bausch H.	7,5 g	287,52	
02482983	Taro-Imiquimod Pump	Taro	7,5 g	► 244,39	
5 % PPB					
INCLISIRAN					
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02518376	Leqvio	Novartis	1	2839,28	
189 mg/mL (1,5 mL)					
INCOBOTULINUMTOXINA					
Pd. Inj.					
02371081	Xeomin	Merz	1	165,00	
50 U					
Pd. Inj.					
02324032	Xeomin	Merz	1	330,00	
100 U					
Pd. Inj.					
02556227	Xeomin	Merz	1	660,00	
200 U					
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)					
Pd. pour Inh. (App.)					
150 mcg - 50 mcg - 160 mcg					
02501244	Enerzair Breezhaler	Valeo	30	102,83	
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)					
Pd. pour Inh. (App.)					
150 mcg - 80 mcg					
02498685	Aetectura Breezhaler	Valeo	30	32,19	
Pd. pour Inh. (App.)					
150 mcg - 160 mcg					
02498707	Aetectura Breezhaler	Valeo	30	40,26	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. pour Inh. (App.) 02498693	Aetectura Breezhaler	Valeo	150 mcg - 320 mcg 30	55,42	
INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)  Pd. pour Inh. (App.) 02418282	Ultibro Breezhaler	Novartis	110 mcg - 50 mcg/caps. 30	77,49	
INÉBILIZUMAB  Sol. Perf. I.V. 02543931	Uplizna	Amgen	10 mg/mL (10 mL) 3	76869,00	25623,0000
INFILXIMAB  Pd. Perf. I.V. 02496933 02523191 02419475 02470373	Avsola Ixifi Remdantry Renflexis	Amgen Pfizer Celltrion Organon	100 mg 1 1 1	493,00 493,00 493,00 493,00	
Sol. Inj. S.C. (ser) 02511576	Remsima SC	Celltrion	120 mg/mL (1 mL) 2	949,02	474,5100
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02511584	Remsima SC	Celltrion	120 mg/mL (1 mL) 2	949,02	474,5100
INFILXIMAB (REMICADE)  Pd. Perf. I.V. 02244016	Remicade	Janss. Inc	100 mg 1	940,00	
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 02403420	Humalog Mix 25 Humalog Mix 25 KwikPen	Lilly Lilly	25 % - 75 % (3mL) 5 5	51,44 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	
----------	----------	--------	----	--------------------	--

IVOSIDÉNIB

Co.

02549980	Tibsovo	Servier	60	250 mg 19956,00	332,6000
----------	---------	---------	----	--------------------	----------

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	
02245821	Ketorolac	AA Pharma	10 ml	33,60	
			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
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
* 02487802	ZDS-Lacosamide	Zydus Ph	60	37,88	0,6313

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
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
* 02487810	<i>ZDS-Lacosamide</i>	Zydus Ph	60	52,50	► 0,8750

Co.

			150 mg	PPB	
02489309	<i>ACH-Lacosamide</i>	Accord	60	70,58	► 1,1763
02501937	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	117,63	► 1,1763
02475359	<i>Auro-Lacosamide</i>	AuroPharma	60	70,58	► 1,1763
02488418	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	117,63	► 1,1763
02512890	<i>Lacosamide</i>	Sanis	60	70,58	► 1,1763
02490560	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	70,58	► 1,1763
02499584	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	70,58	► 1,1763
02478226	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	70,58	► 1,1763
02474697	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	70,58	► 1,1763
02472929	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	70,58	► 1,1763
02357631	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	259,20	4,3200
* 02487829	<i>ZDS-Lacosamide</i>	Zydus Ph	60	70,58	► 1,1763

Co.

			200 mg	PPB	
02489317	<i>ACH-Lacosamide</i>	Accord	60	87,00	► 1,4500
02501945	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	145,00	► 1,4500
02475367	<i>Auro-Lacosamide</i>	AuroPharma	60	87,00	► 1,4500
02488426	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	145,00	► 1,4500
02512904	<i>Lacosamide</i>	Sanis	60	87,00	► 1,4500
02490579	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	87,00	► 1,4500
02499592	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	87,00	► 1,4500
02478234	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	87,00	► 1,4500
02474700	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	87,00	► 1,4500
02472937	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	87,00	► 1,4500
02357658	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	319,20	5,3200
* 02487837	<i>ZDS-Lacosamide</i>	Zydus Ph	60	87,00	► 1,4500

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>	Teva Can	500 ml	7,25	0,0145
			1000 ml	14,50	0,0145

LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE) 

Co. Croq.

02498731	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	250 mg 92,06	1,0229
----------	----------------------	-------	----	-----------------	--------

Co. Croq.

02498758	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	500 mg 184,13	2,0459
----------	----------------------	-------	----	------------------	--------

Co. Croq.

02498766	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	750 mg 277,07	3,0786
----------	----------------------	-------	----	------------------	--------

Co. Croq.

02498774	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	1000 mg 367,34	4,0815
----------	----------------------	-------	----	-------------------	--------

LAPATINIB 

Co.

02326442	<i>Tykerb</i>	Novartis	70	250 mg 1645,00	23,5000
----------	---------------	----------	----	-------------------	---------

LAROTRECTINIB 

Caps.

02490315	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	56	25 mg 2930,90	52,3375
----------	-----------------	-------	----	------------------	---------

Caps.

02490323	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	56	100 mg 11723,60	209,3500
----------	-----------------	-------	----	--------------------	----------

Sol. Orale

02490331	<i>Vitrakvi</i>	Bayer	2	20 mg/mL (50 mL) 4187,00	2093,5000
----------	-----------------	-------	---	-----------------------------	-----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LÉBRIKIZUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02549131	Ebglyss	Lilly	1	125 mg/mL (2 mL) 1876,71	
----------	---------	-------	---	-----------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02549123	Ebglyss	Lilly	1 2	125 mg/mL (2 mL) 1876,71 3753,42	1876,7100
----------	---------	-------	--------	--	-----------

LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR 

Co.

02432226	Harvoni	Gilead	28	90 mg -400 mg 22333,33	797,6189
----------	---------	--------	----	---------------------------	----------

LENVATINIB 

Trousse (orale solide)

02484056	Lenvima	Eisai	6	dose quotidienne de 4 mg : 4 mg (5 caps.) 977,15	162,8575
----------	---------	-------	---	---	----------

Trousse (orale solide)

02468220	Lenvima	Eisai	6	dose quotidienne de 8 mg : 4 mg (10 caps.) 1954,29	325,7150
----------	---------	-------	---	---	----------

Trousse (orale solide)

02450321	Lenvima	Eisai	6	dose quotidienne de 10 mg : 10 mg (5 caps.) 2149,20	358,2000
----------	---------	-------	---	--	----------

Trousse (orale solide)

02484129	Lenvima	Eisai	6	dose quotidienne de 12 mg : 4 mg (15 caps.) 2931,44	488,5725
----------	---------	-------	---	--	----------

Trousse (orale solide)

02450313	Lenvima	Eisai	6	dose quotidienne de 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.) 3312,60	552,1000
----------	---------	-------	---	--	----------

Trousse (orale solide)

02450305	Lenvima	Eisai	6	dose quotidienne de 20 mg : 10 mg (10 caps.) 4969,20	828,2000
----------	---------	-------	---	---	----------

Trousse (orale solide)

02450291	Lenvima	Eisai	6	dose quotidienne de 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.) 6625,20	1104,2000
----------	---------	-------	---	---	-----------

LÉTERMOVIR 

Co.

02469375	Prevymis	Merck	28	240 mg 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	R
LÉVOFLOXACINE R					
Sol. pour Inh. 02442302	Quinsair	Horizon	56	100 mg/mL (2,4 mL) 3611,37	64,4887
LINAGLIPTINE R					
Co. 02370921	Trajenta	Bo. Ing.	30 90	5 mg 67,50 202,50	2,2500 2,2500
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) R					
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
LINEZOLID R					
Co. 02426552 02520354 02422689	Apo-Linezolid Jamp Linezolid Sandoz Linezolid	Apotex Jamp Sandoz	30 20 20	600 mg PPB 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) PPB 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
----------	----------------	-----------	--------	----------------	------------------

LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE) 

Caps.

10 mg PPB					
02546647	<i>Apo-Lisdexamfetamine</i>	Apotex	100	56,92	0,5692
02535122	<i>JAMP Lisdexamfetamine</i>	Jamp	30	17,08	0,5692
			100	56,92	0,5692
02547031	<i>Pro-Lisdexamfetamine</i>	Pro Doc	100	56,92	0,5692
02546248	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	56,92	0,5692
02545861	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	56,92	0,5692
02439603	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	201,00	2,0100

Caps.

20 mg PPB					
02546655	<i>Apo-Lisdexamfetamine</i>	Apotex	100	70,81	0,7081
02535130	<i>JAMP Lisdexamfetamine</i>	Jamp	30	21,24	0,7081
			100	70,81	0,7081
02547058	<i>Pro-Lisdexamfetamine</i>	Pro Doc	100	70,81	0,7081
02546256	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	70,81	0,7081
02545888	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	70,81	0,7081
02347156	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	224,00	2,2400

Caps.

30 mg PPB					
02546663	<i>Apo-Lisdexamfetamine</i>	Apotex	100	84,69	0,8469
02535149	<i>JAMP Lisdexamfetamine</i>	Jamp	30	25,41	0,8469
			100	84,69	0,8469
02547066	<i>Pro-Lisdexamfetamine</i>	Pro Doc	100	84,69	0,8469
02546264	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	84,69	0,8469
02545896	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	84,69	0,8469
02322951	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	251,00	2,5100

Caps.

40 mg PPB					
02546671	<i>Apo-Lisdexamfetamine</i>	Apotex	100	98,57	0,9857
02535157	<i>JAMP Lisdexamfetamine</i>	Jamp	30	29,57	0,9857
			100	98,57	0,9857
02547074	<i>Pro-Lisdexamfetamine</i>	Pro Doc	100	98,57	0,9857
02546272	<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i>	Sandoz	100	98,57	0,9857
02545918	<i>Teva-Lisdexamfetamine</i>	Teva Can	100	98,57	0,9857
02347164	<i>Vyvanse</i>	Takeda	100	278,00	2,7800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.

				50 mg	PPB
02546698	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	100	112,46	► 1,1246
02535165	JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	30	33,74	► 1,1246
			100	112,46	► 1,1246
02547082	Pro-Lisdexamfetamine	Pro Doc	100	112,46	► 1,1246
02546280	Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	100	112,46	► 1,1246
02545926	Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	100	112,46	► 1,1246
02322978	Vyvanse	Takeda	100	305,00	3,0500

Caps.

				60 mg	PPB
02546701	Apo-Lisdexamfetamine	Apotex	100	126,34	► 1,2634
02535173	JAMP Lisdexamfetamine	Jamp	30	37,90	► 1,2634
			100	126,34	► 1,2634
02547090	Pro-Lisdexamfetamine	Pro Doc	100	126,34	► 1,2634
02546299	Sandoz Lisdexamfetamine	Sandoz	100	126,34	► 1,2634
02545934	Teva-Lisdexamfetamine	Teva Can	100	126,34	► 1,2634
02347172	Vyvanse	Takeda	100	331,00	3,3100

LOMITAPIDE (MÉSYLATE DE) □

Caps.

				5 mg	
02420341	Juxtapid	Medison	28	29120,00	1040,0000

Caps.

				10 mg	
02420376	Juxtapid	Medison	28	29120,00	1040,0000

Caps.

				20 mg	
02420384	Juxtapid	Medison	28	29120,00	1040,0000

LORLATINIB □

Co.

				25 mg	
02485966	Lorbrena	Pfizer	30	3373,33	112,4443

Co.

				100 mg	
02485974	Lorbrena	Pfizer	30	10120,00	337,3333

LUMASIRAN SODIQUE □

Sol. Inj. S.C.

				94,5 mg/0,5 mL	
02525755	Oxlumo	Alnylam	1	96855,33	

LUSPATERCEPT □

Pd. Inj. S.C.

				25 mg	
02505541	Reblozyl	B.M.S.	1	2189,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj. S.C. 02505568	Reblozyl	B.M.S.	1	75 mg 6567,00	
MACITENTAN  Co. 02415690	Opsumit	Janss. Inc	30	10 mg 3495,00	116,5000
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE) Susp. Orale 00468401	Lait de Magnésie	Atlas	500 ml	400 mg/5 mL 2,49	0,0050
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D') Co. 99002868			50	100 mg -184 mg	
Co. 99100716			36	200 mg -200 mg	
Co. 99002450			40	300 mg -600 mg	
Susp. Orale 99002574			500 ml	200 mg - 200 mg/5 mL	
Susp. Orale 99002442			350 ml	300 mg -600 mg/5 mL	
MARAVIROC  Co. 02299844	Celsentri	ViiV	60	150 mg 990,00	16,5000
Co. 02299852	Celsentri	ViiV	60	300 mg 990,00	16,5000
MARIBAVIR  Co. 02530740	Livtency	Takeda	56	200 mg 15500,00	276,7857

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
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MAVACAMTEN 

Caps.

02532549	Camzyos	B.M.S.	30	2,5 mg 1848,00	61,6000
----------	---------	--------	----	-------------------	---------

Caps.

02532557	Camzyos	B.M.S.	30	5 mg 1848,00	61,6000
----------	---------	--------	----	-----------------	---------

Caps.

02532565	Camzyos	B.M.S.	30	10 mg 1848,00	61,6000
----------	---------	--------	----	------------------	---------

Caps.

02532573	Camzyos	B.M.S.	30	15 mg 1848,00	61,6000
----------	---------	--------	----	------------------	---------

MÉMANTINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

				10 mg	PPB
02324067	ACT Memantine	Teva Can	30	13,26	0,4420
			100	44,20	0,4420
02366487	Apo-Memantine	Apotex	100	44,20	0,4420
02260638	Ebixa	Lundbeck	30	70,10	2,3367
02443082	Memantine	Sanis	100	44,20	0,4420
02446049	Memantine	Sivem	30	13,26	0,4420
			100	44,20	0,4420
02531887	Mint-Memantine	Mint	100	44,20	0,4420
02321130	pms-Memantine	Phmscience	30	13,26	0,4420
			100	44,20	0,4420
02348950	Riva-Memantine	Riva	30	13,26	0,4420
			100	44,20	0,4420
02375532	Sandoz Memantine FCT	Sandoz	100	44,20	0,4420

MÉPOLIZUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02530821	Nucala	GSK	1	100 mg/mL (0,4 mL) 840,24	
----------	--------	-----	---	------------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

02492997	Nucala	GSK	1	100 mg/mL (1 mL) 1938,46	
----------	--------	-----	---	-----------------------------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02492989	Nucala	GSK	1	100 mg/mL (1 mL) 1938,46	
----------	--------	-----	---	-----------------------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ◆					
Caps. L.A.				10 mg PPB	
02277166 <i>Biphentin</i> 02536943 <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	100 100	67,45 51,28	0,6745 0,5128	
Caps. L.A.				15 mg PPB	
02277131 <i>Biphentin</i> 02536951 <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	100 100	96,57 73,54	0,9657 0,7354	
Caps. L.A.				20 mg PPB	
02277158 <i>Biphentin</i> 02536978 <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	100 100	124,68 94,77	1,2468 0,9477	
Caps. L.A.				25 mg	
02470292 <i>Foquest</i>	Elvium	60	167,76	2,7960	
Caps. L.A.				30 mg PPB	
02277174 <i>Biphentin</i> 02536986 <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	100 100	171,18 130,21	1,7118 1,3021	
Caps. L.A.				35 mg	
02470306 <i>Foquest</i>	Elvium	60	184,26	3,0710	
Caps. L.A.				40 mg PPB	
02277182 <i>Biphentin</i> 02536994 <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	100 100	218,15 165,88	2,1815 1,6588	
Caps. L.A.				45 mg	
02470314 <i>Foquest</i>	Elvium	60	200,16	3,3360	
Caps. L.A.				50 mg PPB	
02277190 <i>Biphentin</i> 02537001 <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	50 100	132,20 201,30	2,6440 2,0130	
Caps. L.A.				55 mg	
02470322 <i>Foquest</i>	Elvium	60	216,66	3,6110	
Caps. L.A.				60 mg PPB	
02277204 <i>Biphentin</i> 02537028 <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	50 100	156,20 234,25	3,1240 2,3425	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.					
02470330	<i>Foquest</i>	Elvium	60	70 mg 241,44	4,0240
Caps. L.A.					
02277212 02537036	<i>Biphentin</i> <i>pms-Methylphenidate CR</i>	Elvium Phmscience	50 100	80 mg 202,86 308,83	PPB 4,0572 3,0883
Caps. L.A.					
02470349	<i>Foquest</i>	Elvium	60	85 mg 265,62	4,4270
Caps. L.A.					
02470357	<i>Foquest</i>	Elvium	60	100 mg 289,74	4,8290
Co. L.A. (12 h)					
02441934 02247732	<i>ACT Methylphenidate ER</i> <i>Concerta</i>	Teva Can Janss. Inc	100 100	18 mg 73,45 203,64	PPB 0,7345 2,0364
Co. L.A. (12 h)					
02441942 02250241	<i>ACT Methylphenidate ER</i> <i>Concerta</i>	Teva Can Janss. Inc	100 100	27 mg 84,76 235,01	PPB 0,8476 2,3501
Co. L.A. (12 h)					
02441950 02247733	<i>ACT Methylphenidate ER</i> <i>Concerta</i>	Teva Can Janss. Inc	100 100	36 mg 96,08 266,38	PPB 0,9608 2,6638
Co. L.A. (12 h)					
02441969 02247734	<i>ACT Methylphenidate ER</i> <i>Concerta</i>	Teva Can Janss. Inc	100 100	54 mg 118,70 329,12	PPB 1,1870 3,2912
Co. L.A. (12 heures)					
02452731	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	18 mg 50,99	0,5099
Co. L.A. (12 heures)					
02452758	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	27 mg 58,84	0,5884
Co. L.A. (12 heures)					
02452766	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	36 mg 68,63	0,6863
Co. L.A. (12 heures)					
02330377	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	54 mg 82,40	0,8240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MÉTRONIDAZOLE R

Gel Vag.

02125226	Nidagel	Bausch H.	70 g	0,75 %	18,62
----------	---------	-----------	------	--------	-------

MICAFUNGINE SODIQUE R

Pd. Perf. I.V.

02532344	Micafungine Sodique pour Injection	Hikma	1	50 mg PPB	83,33
02524953	Micafungine Sodique pour Injection	Juno	1	50 mg PPB	83,33

Pd. Perf. I.V.

02532360	Micafungine Sodique pour Injection	Hikma	1	100 mg PPB	166,66
02524961	Micafungine Sodique pour Injection	Juno	1	100 mg PPB	166,66

MIGALASTAT R

Caps.

02468042	Galafold	Amicus	14	123 mg	23800,00	1700,0000
----------	----------	--------	----	--------	----------	-----------

MIRABEGRON R

Co. L.A.

02402874	Myrbetriq	Astellas	30	25 mg	43,80	1,4600
			90		131,40	1,4600

Co. L.A.

02402882	Myrbetriq	Astellas	30	50 mg	43,80	1,4600
			90		131,40	1,4600

MIRIKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) R

Sol. Inj. S.C.

02539853	Omvoh (seringue)	Lilly	2	100 mg/mL (1 mL)	2374,66	1187,3300
02539845	Omvoh (stylo)	Lilly	2		2374,66	1187,3300

Sol. Perf. I.V.

02539861	Omvoh	Lilly	1	20 mg/mL (15 mL)	2374,66	
----------	-------	-------	---	------------------	---------	--

MIRIKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) R

Sol. Perf. I.V.

+ 99114547	Omvoh	Lilly	1	20 mg/mL (15 mL)	2374,66	
------------	-------	-------	---	------------------	---------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

+ 02559234	<i>Omvoh (seringue)</i>	Lilly	1	2536,14	
+ 02559242	<i>Omvoh (stylo)</i>	Lilly	1	2536,14	

MODAFINIL

Co.

				100 mg	PPB
02285398	<i>Apo-Modafinil</i>	Apotex	100	31,71	0,3171
02430487	<i>Auro-Modafinil</i>	AuroPharma	30	9,51	0,3171
			100	31,71	0,3171
02503727	<i>Jamp Modafinil</i>	Jamp	100	31,71	0,3171
02432560	<i>Mar-Modafinil</i>	Marcan	100	31,71	0,3171
02530244	<i>Modafinil</i>	Sanis	100	31,71	0,3171
02420260	<i>Teva-Modafinil</i>	Teva Can	30	9,51	0,3171
			100	31,71	0,3171

MOMÉLOTINIB (CHLORHYDRATE DE)

Co.

02552965	<i>Ojjaara</i>	GSK	30	100 mg 6925,83	230,8610
----------	----------------	-----	----	-------------------	----------

Co.

02552973	<i>Ojjaara</i>	GSK	30	150 mg 6925,83	230,8610
----------	----------------	-----	----	-------------------	----------

Co.

02552981	<i>Ojjaara</i>	GSK	30	200 mg 6925,83	230,8610
----------	----------------	-----	----	-------------------	----------

MULTIVITAMINES 5

Caps. ou Co.

99002493			1		
----------	--	--	---	--	--

Co. Croq.

99002507			1		
----------	--	--	---	--	--

NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE

Co.

				375 mg - 20 mg	PPB
02458608	<i>Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR</i>	Mylan	60	46,92	0,7820
02361701	<i>Vimovo</i>	Xediton	60	55,20	0,9200

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.					
02443449	<i>Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR</i>	Mylan	500 mg - 20 mg	PPB	
02361728	<i>Vimovo</i>	Xediton	60	46,92	0,7820
			60	55,20	0,9200
NATALIZUMAB					
Sol. Inj. I.V.				300mg/15ml	
02286386	<i>Tysabri</i>	Biogen	1	2451,32	
NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE)					
Caps.				300 mg - 0,5 mg	
02468735	<i>Akynzeo</i>	Knight	1	135,00	
NILOTINIB					
Caps.				150 mg PPB	
02550881	<i>Apo-Nilotinib</i>	Apotex	112	1854,38	16,5570
02556634	<i>Reddy-Nilotinib</i>	Dr Reddy's	112	1854,38	16,5570
			120	1986,84	16,5570
02368250	<i>Tasigna</i>	Novartis	112	3054,72	27,2743
Caps.				200 mg PPB	
02550903	<i>Apo-Nilotinib</i>	Apotex	112	2581,30	23,0473
02556642	<i>Reddy-Nilotinib</i>	Dr Reddy's	28	645,32	23,0473
			112	2581,30	23,0473
02315874	<i>Tasigna</i>	Novartis	112	3947,17	35,2426
NINTEDANIB (ÉSILATE DE)					
Caps.				100 mg PPB	
+ 02526891	<i>Auro-Nintedanib</i>	Aurobindo	60	852,50	14,2084
+ 02550849	<i>JAMP Nintedanib</i>	Jamp	60	852,50	14,2084
* 02443066	<i>Ofev</i>	Bo. Ing.	60	1630,80	27,1800
Caps.				150 mg PPB	
+ 02526905	<i>Auro-Nintedanib</i>	Aurobindo	60	1705,01	28,4168
+ 02540762	<i>JAMP Nintedanib</i>	Jamp	60	1705,01	28,4168
* 02443074	<i>Ofev</i>	Bo. Ing.	30	1630,80	54,3600
			60	3261,60	54,3600
NIRAPARIB (TOSYLATE DE)					
Caps.				100 mg	
02489783	<i>Zejula</i>	GSK	56	7379,96	131,7850
			84	11069,94	131,7850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
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
NITRAZÉPAM					
Co. 00511528	Mogadon	AA Pharma	100	5 mg 18,26	0,1826
Co. 00511536	Mogadon	AA Pharma	100	10 mg 27,32	0,2732
OCRÉLIZUMAB					
Sol. Perf. I.V. 02467224	Ocrevus	Roche	1	30 mg/mL (10 mL) 8150,00	
ODÉVIXIBAT					
Caps. 02542641	Bylvay	Medison	30	200 mcg 5277,74	175,9247
Caps. 02542676	Bylvay	Medison	30	400 mcg 10555,48	351,8493
Caps. 02542684	Bylvay	Medison	30	600 mcg 15833,22	527,7740
Caps. 02542692	Bylvay	Medison	30	1200 mcg 31666,44	1055,5480
OFATUMUMAB					
Sol. Inj. S.C. 02511355	Kesimpta (stylo)	Novartis	1	20 mg/0,4 mL 2208,33	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OLAPARIB 

Co.

02475200	Lynparza	AZC	60 120	100 mg 3953,55 7907,10	65,8925
----------	----------	-----	-----------	------------------------------	---------

Co.

02475219	Lynparza	AZC	60 120	150 mg 3953,55 7907,10	65,8925
----------	----------	-----	-----------	------------------------------	---------

OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) 

Sol. pour Inh. (App.)

2,5 mcg - 2,5 mcg

02441888	Inspierto Respimat	Bo. Ing.	60 dose(s)	150 mg 60,90
----------	--------------------	----------	------------	-----------------

OMALIZUMAB 

Pd. Inj. S.C.

02260565	Xolair	Novartis	1	150 mg 618,00
----------	--------	----------	---	------------------

Sol. Inj. S.C. (ser)

150 mg/mL (0,5 mL)

02553805	Omlyclo	Celltrion	1	150 mg/mL (0,5 mL) 168,74
----------	---------	-----------	---	------------------------------

Sol. Inj. S.C. (ser)

150 mg/mL (1 mL)

02553813	Omlyclo	Celltrion	1	150 mg/mL (1 mL) 384,96
----------	---------	-----------	---	----------------------------

ONABOTULINUMTOXINA 

Pd. Inj.

50 U

02531577	Botox	AbbVie	1	50 U 178,50
----------	-------	--------	---	----------------

Pd. Inj.

100 U

01981501	Botox	AbbVie	1	100 U 357,00
----------	-------	--------	---	-----------------

Pd. Inj.

200 U

02531585	Botox	AbbVie	1	200 U 714,00
----------	-------	--------	---	-----------------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ONDANSÉTRON 

Co. Diss.Orale,Co ou Film

				4 mg	PPB
02369370	<i>AG-Ondansetron</i>	Angita	100	255,56	► 2,5556
02288184	<i>Apo-Ondansetron</i>	Apotex	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02511282	<i>Auro-Ondansetron ODT</i>	AuroPharma	10	25,56	► 2,5556
02541351	<i>Jamp Ondansetron ODF</i>	Jamp	10	25,56	► 2,5556
02313685	<i>Jamp-Ondansetron</i>	Jamp	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02371731	<i>Mar-Ondansetron</i>	Marcan	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02514966	<i>Mar-Ondansetron ODT</i>	Marcan	10	25,56	► 2,5556
02305259	<i>Mint-Ondansetron</i>	Mint	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02487330	<i>Mint-Ondansetron ODT</i>	Mint	10	25,56	► 2,5556
02297868	<i>Mylan-Ondansetron</i>	Mylan	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02417839	<i>NAT-Ondansetron</i>	Natco	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02421402	<i>Ondansetron</i>	Sanis	100	255,56	► 2,5556
02541424	<i>Ondansetron</i>	Sivem	10	25,56	► 2,5556
			30	76,67	► 2,5556
02519232	<i>Ondansetron ODT</i>	Jamp	10	25,56	► 2,5556
02481723	<i>Ondansetron ODT</i>	Sandoz	10	25,56	► 2,5556
02524279	<i>Ondansetron ODT</i>	Sanis	10	25,56	► 2,5556
02389983	<i>Ondissolve ODF</i>	Takeda	10	32,72	3,2720
02258188	<i>pms-Ondansetron</i>	Phmscience	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02519445	<i>pms-Ondansetron ODT</i>	Phmscience	10	25,56	► 2,5556
02274310	<i>Sandoz Ondansetron</i>	Sandoz	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02296349	<i>Teva-Ondansetron</i>	Teva Can	10	25,56	► 2,5556
			100	255,56	► 2,5556
02213567	<i>Zofran</i>	Novartis	10	126,60	12,6600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Diss.Orale,Co ou Film

				8 mg	PPB
02369389	<i>AG-Ondansetron</i>	Angita	100	408,80	► 4,0880
02288192	<i>Apo-Ondansetron</i>	Apotex	10	40,88	► 4,0880
			30	122,64	► 4,0880
02511290	<i>Auro-Ondansetron ODT</i>	AuroPharma	10	40,88	► 4,0880
02541378	<i>Jamp Ondansetron ODF</i>	Jamp	10	40,88	► 4,0880
02313693	<i>Jamp-Ondansetron</i>	Jamp	10	40,88	► 4,0880
			100	408,80	► 4,0880
02371758	<i>Mar-Ondansetron</i>	Marcan	10	40,88	► 4,0880
			30	122,64	► 4,0880
02514974	<i>Mar-Ondansetron ODT</i>	Marcan	10	40,88	► 4,0880
02305267	<i>Mint-Ondansetron</i>	Mint	10	40,88	► 4,0880
			30	122,64	► 4,0880
02487349	<i>Mint-Ondansetron ODT</i>	Mint	10	40,88	► 4,0880
02297876	<i>Mylan-Ondansetron</i>	Mylan	10	40,88	► 4,0880
			100	408,80	► 4,0880
02417847	<i>NAT-Ondansetron</i>	Natco	10	40,88	► 4,0880
			30	122,64	► 4,0880
02325160	<i>Ondansetron</i>	Pro Doc	10	40,88	► 4,0880
02421410	<i>Ondansetron</i>	Sanis	100	408,80	► 4,0880
02541432	<i>Ondansetron</i>	Sivem	10	40,88	► 4,0880
			30	122,64	► 4,0880
02519240	<i>Ondansetron ODT</i>	Jamp	10	40,88	► 4,0880
02481731	<i>Ondansetron ODT</i>	Sandoz	10	40,88	► 4,0880
02524287	<i>Ondansetron ODT</i>	Sanis	10	40,88	► 4,0880
02389991	<i>Ondissolve ODF</i>	Takeda	10	49,93	4,9930
02258196	<i>pms-Ondansetron</i>	Phmscience	10	40,88	► 4,0880
			100	408,80	► 4,0880
02519453	<i>pms-Ondansetron ODT</i>	Phmscience	10	40,88	► 4,0880
02274329	<i>Sandoz Ondansetron</i>	Sandoz	10	40,88	► 4,0880
			100	408,80	► 4,0880
02296357	<i>Teva-Ondansetron</i>	Teva Can	10	40,88	► 4,0880
			100	408,80	► 4,0880
02213575	<i>Zofran</i>	Novartis	10	193,22	19,3220

Sol. Orale

				4 mg/5 mL	PPB
02490617	<i>Jamp-Ondansetron</i>	Jamp	50 ml	39,76	► 0,7952
02524090	<i>Mint-Ondansetron Solution</i>	Mint	50 ml	39,76	► 0,7952
02291967	<i>Ondansetron</i>	Apotex	50 ml	39,76	► 0,7952

OSIMERTINIB 

Co.

				40 mg
02456214	<i>Tagrisso</i>	AZC	30	8840,29
				294,6764

Co.

				80 mg
02456222	<i>Tagrisso</i>	AZC	30	8840,29
				294,6764

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OXCARBAZÉPINE 

Co.

02284294	Apo-Oxcarbazepine	Apotex	100	150 mg PPB	62,09	⇒	0,6209
02440717	Jamp-Oxcarbazepine	Jamp	100		62,09	⇒	0,6209

Co.

02284308	Apo-Oxcarbazepine	Apotex	100	300 mg PPB	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 PPB	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 PPB	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 PPB	57,24	⇒	0,5724
02372533	OxyNEO	Purdue	60		63,60		1,0600

Co. L.A.

02366762	Apo-Oxycodone CR	Apotex	100	20 mg PPB	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 PPB	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
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE 					
Co. Croq.					
02471574	Velphoro	Vifor	90	500 mg (Fe) 378,32	4,2036
OZANIMOD (CHLORHYDRATE D') 					
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	
PALBOCICLIB 					
Co.					
02493535	Ibrance	Pfizer	21	75 mg PPB 5332,16	253,9124
02552124	pms-Palbociclib	Phmscience	21	2666,08	126,9562
02547635	Taro-Palbociclib	Taro	21	2666,08	126,9562
Co.					
02493543	Ibrance	Pfizer	21	100 mg PPB 5332,16	253,9124
02552132	pms-Palbociclib	Phmscience	21	2666,08	126,9562
02547643	Taro-Palbociclib	Taro	21	2666,08	126,9562
Co.					
02493551	Ibrance	Pfizer	21	125 mg PPB 5332,16	253,9124
02552140	pms-Palbociclib	Phmscience	21	2666,08	126,9562
02547651	Taro-Palbociclib	Taro	21	2666,08	126,9562

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM

Mèche

00920525	<i>Mesalt (1 m)</i>	Mölnlycke	10	1 m 44,70	4,4700
----------	---------------------	-----------	----	--------------	--------

Pans.

00899496	<i>Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	30	100 cm ² à 200 cm ² (surface active) 27,29	0,9097
----------	--	-----------	----	---	--------

Pans.

99004712	<i>Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²)</i>	Covidien	96	201 cm ² à 500 cm ² (surface active) 202,04	2,1046
----------	--	----------	----	--	--------

Pans.

00899429	<i>Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	30	Moins de 100 cm ² (surface active) 21,25	0,7083
00899518	<i>Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Mölnlycke	30	Moins de 100 cm ² (surface active) 22,99	0,7663

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Mèche

99003260	<i>Algisite M 30 cm</i>	S. & N.	5	30 cm à 90 cm 24,81	4,9620
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
99114137	<i>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>Malgisorb 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 ² à 200 cm ² (surface active)		
99101009	<i>Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99100975	<i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99101232	<i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	5	38,00	7,6000
99001772	<i>Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	61,44	6,1440
99100153	<i>Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	34,20	3,4200
99101377	<i>Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	35,20	3,5200
00898643	<i>Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	10	85,60	8,5600
99101217	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101224	<i>Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101216	<i>Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99114135	<i>Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	3M	10	37,14	3,7140
99100656	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>	Medline	100	134,75	1,3475
99003007	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	36,46	3,6460
			50	182,33	3,6466
99003023	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Mölnlycke	10	68,49	6,8490
			50	342,47	6,8494
99003481	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x10-100cm²</i>	3M	10	38,97	3,8970
99100285	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginate à haute intégrité 10x20-200cm²</i>	3M	1	7,53	
99100467	<i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	Convatec	10	51,79	5,1790

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
			201 cm ² à 500 cm ² (surface active)		
99003279	<i>Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	S. & N.	10	100,28	10,0280
99101010	<i>Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	46,58	9,3160
99100932	<i>Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	46,91	9,3820
99100931	<i>Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	5	62,55	12,5100
99100934	<i>Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	83,40	16,6800
99001764	<i>Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	65,35	13,0700
99100891	<i>Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	10	87,75	8,7750
99101378	<i>Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	87,75	8,7750
99101218	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 20,3cm-207 cm²)</i>	Covidien	5	13,20	2,6400
99101219	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)</i>	Covidien	10	26,40	2,6400
99114136	<i>Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	3M	5	46,60	9,3200
99100657	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i>	Medline	50	235,00	4,7000
99100468	<i>Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	52,49	10,4980
99100472	<i>Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	96,72	19,3440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.	Moins de 100 cm ² (surface active)				
99101133	<i>Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	17,67	1,7670
99100937	<i>Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	16,50	1,6500
99001780	<i>Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	24,97	2,4970
99100156	<i>Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Coloplast	30	52,50	1,7500
99101380	<i>Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	16,85	1,6850
00898627	<i>Kaltotstat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	19,02	1,9020
00898635	<i>Kaltotstat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	10	55,57	5,5570
99101221	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm²)</i>	Covidien	10	8,40	0,8400
99114138	<i>Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	10	16,96	1,6960
99100658	<i>Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)</i>	Medline	100	160,50	1,6050
99003066	<i>Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	5 50	8,92 89,23	1,7840 1,7846
99100466	<i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	10	33,95	3,3950

Pans.	Plus de 500 cm ² (surface active)				
99100888	<i>Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)</i>	Convatec	5	220,00	44,0000
99101220	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)</i>	Covidien	5	220,00	44,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION					
Pans.					
			100 cm ² à 200 cm ² (surface active)		
99100537	Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	S. & N.	10	49,50	4,9500
99100475	Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm ²)	S. & N.	10	100,05	10,0050
00907863	Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	S. & N.	1	5,02	
00920738	Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm ²)	S. & N.	1	10,01	
99100135	Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Coloplast	10	39,50	3,9500
99100601	Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm ²)	Coloplast	5	39,50	7,9000
99114022	Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Coloplast	10	39,50	3,9500
99114054	Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm ²)	Coloplast	5	39,50	7,9000
99114024	Biatain Silicone Non-Border (12,5 cm x 12,5 cm - 156,25 cm ²)	Coloplast	10	61,70	6,1700
99002787	Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm ²)	Convatec	10	54,88	5,4880
99100794	Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100744	Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100745	Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm ²)	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101206	Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	BSN Med	10	37,44	3,7440
99101207	Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm ²)	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101188	Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm - 161 cm ²)	Covidien	10	14,61	1,4610
99004801	Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Covidien	50	94,88	1,8976
99003244	Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Mölnlycke	5	24,70	4,9400
99003252	Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm ²)	Mölnlycke	5	46,70	9,3400
+ 99114550	Mepilex Up (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Mölnlycke	5	19,35	3,8700
+ 99114551	Mepilex Up (10 cm x 20 cm - 200 cm ²)	Mölnlycke	5	34,60	6,9200
99101382	Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm ²)	Mölnlycke	5	19,35	3,8700
			10	38,70	3,8700
99101383	Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm ²)	Mölnlycke	5	34,60	6,9200
			10	69,20	6,9200
99100664	Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm ²)	Medline	100	146,10	1,4610
99100666	Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm ²)	Medline	100	230,56	2,3056
99100193	Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm ²	3M	1	4,41	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99100889	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²</i>	3M	5	39,50	7,9000
99100708	<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Urgo	10	35,32	3,5320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
99100536	<i>Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	95,60	9,5600
99100535	<i>Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	170,00	17,0000
99002949	<i>Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	1	9,69	
00907855	<i>Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	1	17,22	
99100571	<i>Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	44,50	8,9000
99100603	<i>Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	79,00	15,8000
99114025	<i>Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	41,50	8,3000
99114055	<i>Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	73,80	14,7600
99005034	<i>Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)</i>	Convatec	1	11,16	
99100793	<i>Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	5	41,51	8,3020
99100746	<i>Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	83,04	8,3040
99100747	<i>Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101208	<i>Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	83,04	8,3040
99101209	<i>Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101187	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99101189	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99101190	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm - 412 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99100602	<i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	47,00	9,4000
99003538	<i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	92,60	18,5200
+ 99114552	<i>Mepilex Up (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	40,95	8,1900
+ 99114553	<i>Mepilex Up (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	72,80	14,5600
99101384	<i>Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	40,95	8,1900
99101385	<i>Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	10	81,90	8,1900
99100667	<i>Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>	Medline	5	72,80	14,5600
			100	145,60	14,5600
				443,45	4,4345
99100196	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²</i>	3M	30	492,37	16,4123
99100709	<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Urgo	10	74,48	7,4480

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
99100570	<i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	1	1,75	
00920711	<i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	1	1,78	
99100599	<i>Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	10	13,83	1,3830
99114027	<i>Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7,5 cm - 37,5 cm²)</i>	Coloplast	10	21,30	2,1300
99114028	<i>Biatain Silicone Non-Border (7,5 cm x 7,5 cm - 56,25 cm²)</i>	Coloplast	10	32,00	3,2000
99004534	<i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	10	33,54	3,3540
99100743	<i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101210	<i>Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101191	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Covidien	10	5,10	0,5100
99004852	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Covidien	25	36,25	1,4500
99100665	<i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Medline	200	102,05	0,5103

Pans.					
Plus de 500 cm ² (surface active)					
99100604	<i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
+ 99114554	<i>Mepilex Up (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99101386	<i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99100195	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²</i>	3M	1	25,78	

Pans.					
Sacrum ou triangulaire					
99101388	<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)</i>	Coloplast	5	52,50	10,5000
99101389	<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)</i>	Coloplast	5	67,50	13,5000

Pans. mince					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
99100749	<i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	34,20	3,4200
99100133	<i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	1	3,54	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince					
99100750	Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm ²)	BSN Med	10	57,31	5,7310
99100134	Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm ²)	Mölnlycke	1	6,37	
Pans. mince					
99100748	Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm ²)	BSN Med	10	12,99	1,2990
99100132	Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm ²)	Mölnlycke	1	2,11	
Pans. mince					
99100605	Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm ²)	Mölnlycke	4	154,76	38,6900

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES

Pans.				100 cm ² à 200 cm ² (surface active)	
99101213	Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm ²)	Convatec	5	40,50	8,1000
99101214	Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm ²)	Convatec	10	81,00	8,1000
99100944	Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm ²)	Convatec	5	50,62	10,1240
99113984	Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm ²)	Convatec	10	101,24	10,1240
99100469	Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm ²)	Convatec	10	112,08	11,2080
99100470	Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm ²)	Convatec	5	81,67	8,1670
				70,51	7,0510
				69,15	13,8300
Pans.					
99100942	Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm ²)	Convatec	5	121,52	15,4040
99100943	Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm ²)	Convatec	5	93,49	24,3040
99100471	Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm ²)	Convatec	5	77,02	18,6980

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100976	Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm ²)	Convatec	10	41,70	4,1700
99101212	Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm ²)	Convatec	5	38,25	7,6500
99100977	Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm ²)	Convatec	10	76,50	7,6500
99101185	Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm ²)	Convatec	10	61,20	6,1200
99113979	Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²)	Convatec	10	25,50	2,5500
99113983	Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm ²)	Convatec	10	35,90	3,5900
99100464	Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm ²)	Convatec	10	21,25	2,1250
				41,68	4,1680

Pans.

Sacrum

99100945	Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm ²)	Convatec	5	43,00	8,6000
99113981	Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm ²)	Convatec	5	42,99	8,5980
99113982	Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm ²)	Convatec	5	63,01	12,6020
99100465	Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm ²)	Convatec	5	90,62	18,1240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99001667	<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	58,65	5,8650
99004585	<i>Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	10	110,18	11,0180
99100476	<i>Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	59,00	5,9000
99100139	<i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)</i>	Coloplast	5	52,92	10,5840
99100654	<i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)</i>	Coloplast	5	32,75	6,5500
99100742	<i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)</i>	Coloplast	5	48,95	9,7900
99005026	<i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	1	12,00	
99100752	<i>Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	58,00	5,8000
99100753	<i>Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)</i>	BSN Med	5	43,61	8,7220
99110093	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)</i>	Mölnlycke	10	74,10	7,4100
99109793	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)</i>	Mölnlycke	10	108,10	10,8100
99114262	<i>Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	5	24,85	4,9700
99100661	<i>Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)</i>	Medline	100	440,30	4,4030
99100199	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²</i>	3M	1	6,87	
99100854	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²</i>	3M	5	55,00	11,0000
99101337	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)</i>	Urgo	10	87,20	8,7200

Pans.

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99001659	<i>Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	1	11,72	
99001896	<i>Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	1	22,41	
99100477	<i>Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	118,00	11,8000
99114249	<i>Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm²)</i>	S. & N.	10	109,77	10,9770
99004526	<i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	51,54	10,3080
99100754	<i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)</i>	BSN Med	5	66,86	13,3720

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99001713	Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²)	S. & N.	10	24,14	2,4140
99100474	Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm ²)	S. & N.	10	49,00	4,9000
99114245	Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm ²)	S. & N.	10	19,86	1,9860
99114246	Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm ²)	S. & N.	10	45,00	4,5000
99114247	Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm ²)	S. & N.	10	57,00	5,7000
99100612	Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm ²)	Coloplast	10	27,10	2,7100
99100137	Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²)	Coloplast	10	44,80	4,4800
99100613	Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm ²)	Coloplast	10	12,10	1,2100
99100820	Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm ²)	Coloplast	10	32,00	3,2000
99101375	Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm ²)	Coloplast	5	35,00	7,0000
99100653	Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²)	Coloplast	10	52,00	5,2000
99004968	Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm ²)	Convatec	1	3,20	
99001853	Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm ²)	Convatec	10	45,83	4,5830
99101205	Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm ²)	BSN Med	10	87,12	8,7120
99100751	Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²)	BSN Med	10	52,00	5,2000
99109593	Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm ²)	Mölnlycke	10	36,00	3,6000
99114263	Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm ²)	Mölnlycke	10	83,90	8,3900
99109693	Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm ²)	Mölnlycke	10	62,40	6,2400
99109893	Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm ²)	Mölnlycke	10	17,50	1,7500
99114261	Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm ²)	Mölnlycke	5	14,85	2,9700
99114260	Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm ²)	Mölnlycke	5	9,98	1,9960
99114259	Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm ²)	Mölnlycke	5	8,80	1,7600
99100660	Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm ²)	Medline	100	243,10	2,4310
99100198	Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm ²	3M	1	4,41	
99100853	Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm ²	3M	5	25,00	5,0000
99100197	Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm ²	3M	1	2,68	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99101310	<i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Urgo	10	31,50	3,1500
99101309	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)</i>	Urgo	10	61,80	6,1800

Pans.					
Sacrum ou triangulaire					
99114250	<i>Allevyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm²)</i>	S. & N.	10	71,02	7,1020
99114251	<i>Allevyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm²)</i>	S. & N.	10	134,44	13,4440
99004259	<i>Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i>	S. & N.	1	9,39	
99002957	<i>Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i>	S. & N.	1	17,05	
99101315	<i>Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm²)</i>	Coloplast	5	46,35	9,2700
99005018	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)</i>	Convatec	1	8,62	
99100105	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	1	14,39	
99100447	<i>Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²)</i>	Mölnlycke	10	95,80	9,5800
99100448	<i>Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²)</i>	Mölnlycke	10	139,60	13,9600
99101316	<i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²)</i>	Urgo	10	137,50	13,7500

Pans. mince					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
99100887	<i>Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)</i>	S. & N.	10	59,95	5,9950
99101328	<i>Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Convatec	10	49,70	4,9700

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 cm²)</i>	S. & N.	10	36,83	3,6830
99100885	<i>Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)</i>	S. & N.	10	25,69	2,5690
99100884	<i>Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)</i>	S. & N.	10	20,15	2,0150
99100952	<i>Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Coloplast	10	24,80	2,4800
99100890	<i>Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	10	27,80	2,7800
99101211	<i>Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	Coloplast	10	17,50	1,7500
99101327	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>	Convatec	10	40,00	4,0000
99101893	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²)</i>	Convatec	10	82,51	8,2510
99101329	<i>Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²)</i>	Convatec	10	22,50	2,2500
99101326	<i>Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	23,67	2,3670

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100559	<i>Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100456	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100953	<i>Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	63,90	6,3900
99100998	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99101228	<i>Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99100324	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	5	33,25	6,6500
99100325	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	66,50	13,3000
99100541	<i>Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	52,50	5,2500
99101452	<i>Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	64,70	6,4700
99100545	<i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	59,74	5,9740
99100366	<i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	34,33	6,8660
99100367	<i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>	Mölnlycke	5	64,67	12,9340
99100663	<i>Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Medline	100	453,00	4,5300
99100288	<i>Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	3M	5	80,44	16,0880
99100289	<i>Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	3M	10	96,00	9,6000
99101346	<i>Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm²)</i>	3M	5	64,99	12,9980
99101347	<i>Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm²)</i>	3M	10	78,64	7,8640
99100562	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²)</i>	Urgo	10	83,27	8,3270
99114365	<i>UrgoTul Ag(10 cm x 12 cm - 120 cm²)</i>	Urgo	10	77,81	7,7810

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100560	<i>Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	157,50	15,7500
99100561	<i>Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	280,40	28,0400
99100455	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	159,50	15,9500
99100457	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	283,96	28,3960
99100326	<i>Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)</i>	Convatec	5	93,02	18,6040
99100954	<i>Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	73,13	14,6260
99101000	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99101001	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	5	99,60	19,9200
99101005	<i>Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	132,80	26,5600
99101229	<i>Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99100595	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	74,81	14,9620
99100329	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	124,80	24,9600
99114020	<i>Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	10	102,30	10,2300
99101381	<i>Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	148,10	14,8100
99100543	<i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	102,29	10,2290
99100368	<i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	77,06	15,4120
99100369	<i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	124,83	24,9660
99100825	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	10	194,40	19,4400
99114406	<i>UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	5	98,17	19,6340
99114366	<i>UrgoTul Ag(15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Urgo	10	175,50	17,5500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
99100557	<i>Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100450	<i>Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100338	<i>Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	10	102,78	10,2780
99100974	<i>Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,34	2,8340
99101006	<i>Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99101231	<i>Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99100594	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	5	11,64	2,3280
99114021	<i>Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Coloplast	30	84,00	2,8000
99101454	<i>Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	28,00	2,8000
99100544	<i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	27,75	2,7750
99100287	<i>Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	10	31,70	3,1700
99101348	<i>Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	3M	10	28,36	2,8360
99114405	<i>UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²)</i>	Urgo	10	40,95	4,0950

Pans.					
Plus de 500 cm ² (surface active)					
99100235	<i>Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm²)</i>	S. & N.	1	66,28	
99100236	<i>Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	1	130,27	
99100593	<i>Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	6	781,62	130,2700
99100328	<i>Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)</i>	Convatec	5	224,00	44,8000
99100973	<i>Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101230	<i>Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101453	<i>Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	5	233,00	46,6000
99100596	<i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	106,20	53,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.

Sacrum ou triangulaire					
99100451	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i>	S. & N.	10	151,40	15,1400
99100452	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i>	S. & N.	10	244,30	24,4300
99101094	<i>Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)</i>	Convatec	5	60,95	12,1900
* 99100247	<i>Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	100,00	R
99100800	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)</i>	Mölnlycke	1	22,87	
99100801	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,09	

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE

Pâte

99100098	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	5 g 10 g 17 g	8,49 16,99 28,86	
----------	-----------------	---------	---------------------	------------------------	--

Pd.

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 cm² à 200 cm² (surface active)

99100453	<i>Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99100564	<i>Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99101002	<i>Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)</i>	Convatec	10	220,52	22,0520
* 99100597	<i>Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²)</i>	Coloplast	5	92,95	R
99113835	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)</i>	Coloplast	5	77,15	15,4300
99101274	<i>Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)</i>	Coloplast	5	65,16	13,0320
99101277	<i>Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)</i>	Coloplast	5	99,89	19,9780
99100799	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)</i>	Mölnlycke	1	15,67	
99100712	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,87	
99100713	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)</i>	Mölnlycke	1	19,86	

Pans.

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100454	<i>Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99100565	<i>Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99101007	<i>Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	5	177,74	35,5480
99101008	<i>Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)</i>	Convatec	5	280,44	56,0880

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
			Moins de 100 cm ² (surface active)		
99100449	<i>Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99100563	<i>Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99101003	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	10	81,88	8,1880
99101091	<i>Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)</i>	Convatec	10	120,31	12,0310
99101092	<i>Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)</i>	Convatec	10	53,47	5,3470
* 99100245	<i>Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	5	35,20	R
* 99100598	<i>Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)</i>	Coloplast	5	13,20	R
99100926	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)</i>	Coloplast	5	24,75	4,9500
99113834	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)</i>	Coloplast	5	68,20	13,6400
99100927	<i>Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	5	50,55	10,1100
99100710	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i>	Mölnlycke	1	6,94	
99100798	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,88	
99100711	<i>Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	1	4,67	
99100662	<i>Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)</i>	Medline	100	433,00	4,3300
Pans.					
			Sacrum ou triangulaire		
99113837	<i>Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm²)</i>	Coloplast	5	146,20	29,2400
99113836	<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)</i>	Coloplast	5	78,55	15,7100
PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ					
Pans.					
			100 cm ² à 200 cm ² (surface active)		
99001802	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)</i>	3M	50	208,77	4,1754
99001810	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)</i>	3M	50	381,00	7,6200
Pans.					
			Moins de 100 cm ² (surface active)		
99100103	<i>Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²)</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 cm² à 200 cm² (surface active)

99100609	<i>Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	28,00	2,8000
00899666	<i>DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	5	21,70	4,3400
			20	86,82	4,3410
99004984	<i>DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²)</i>	Convatec	1	8,15	
99004720	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²)</i>	Covidien	5	18,00	3,6000

Pans.

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100610	<i>Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	31,50	6,3000
99100611	<i>Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	56,00	11,2000
00899674	<i>DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	1	9,50	
00801046	<i>DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	1	12,65	
00899682	<i>DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	1	16,87	
99004992	<i>DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²)</i>	Convatec	1	16,36	
99004747	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²)</i>	Covidien	30	229,90	7,6633
99004755	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²)</i>	Covidien	30	273,20	9,1067

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100608	<i>Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)</i>	Coloplast	30	20,16	0,6720
99004976	<i>DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²)</i>	Convatec	1	4,09	

Pans.

Plus de 500 cm² (surface active)

00800988	<i>DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	1	17,92	
----------	---	----------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.

Sacrum ou triangulaire					
99100148	<i>Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²)</i>	Coloplast	5	46,75	9,3500
00907758	<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²)</i>	Convatec	1	5,43	
00907782	<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²)</i>	Convatec	1	11,17	
99100108	<i>DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²)</i>	Convatec	1	14,13	
99100107	<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	1	10,65	
99100106	<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²)</i>	Convatec	1	16,33	

Pans. mince

100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
99100143	<i>Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	28,10	2,8100
99101135	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²)</i>	Coloplast	10	36,20	3,6200
99100147	<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²)</i>	Coloplast	10	36,60	3,6600
99000261	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	1	3,00	
			10	30,00	3,0000
00920029	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²)</i>	Convatec	1	3,82	
00920088	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	1	3,24	
99100655	<i>Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Medline	10	21,28	2,1280

Pans. mince

201 cm ² à 500 cm ² (surface active)					
99100144	<i>Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	27,30	5,4600
99101136	<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	27,25	5,4500
00908134	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	1	5,77	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince					
99101134	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²)</i>	Coloplast	10	26,20	2,6200
99100146	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	10	15,80	1,5800
00920231	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)</i>	Convatec	1	1,96	
00920010	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	1	2,60	
Pans. mince					
00920037	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	1	8,43	
99100652	<i>Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)</i>	Medline	5	36,79	7,3580
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE					
Pans.					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
00907707	<i>DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	1	4,39	
Pans.					
201 cm ² à 500 cm ² (surface active)					
00907715	<i>DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	1	11,35	
Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
00907804	<i>DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Convatec	1	2,31	
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE					
Pans.					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
99100239	<i>Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)</i>	Mölnlycke	1	7,40	
99100353	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérant 7,5x20-150cm²</i>	3M	1	5,23	
Pans.					
201 cm ² à 500 cm ² (surface active)					
99100354	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérant 20x25-500cm²</i>	3M	1	15,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
99100237	<i>Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)</i>	Mölnlycke	1	3,48	
99100238	<i>Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)</i>	Mölnlycke	1	4,52	
99100352	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²</i>	3M	1	3,39	
Moins de 100 cm ² (surface active)					
Pans.					
Plus de 500 cm ² (surface active)					
99100240	<i>Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	1	21,36	
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE					
Pom. Oph.					
00210889	<i>Refresh Lacri-Lube</i>	AbbVie	3,5 g	57,3 % - 42,5 %	6,98
PATISIRAN					
Sol. Perf. I.V.					
02489252	<i>Onpatro</i>	Alnylam	1	2 mg/mL (5 mL)	10502,41
PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE)					
Co.					
02552957	<i>Eugia-Pazopanib</i>	EUGIA Ph	120	200 mg PPB	2185,80 ➔ 18,2150
02525666	<i>pms-Pazopanib</i>	Phmscience	60		1092,90 ➔ 18,2150
02352303	<i>Votrient</i>	Novartis	120		2185,80 ➔ 18,2150
			120		4129,20 ➔ 34,4100
PEGCÉTACOPLAN					
Sol. Perf. S. C.					
02533294	<i>Empaveli</i>	SOBI	1	54 mg/mL (20 mL)	4970,00
PEGINTERFÉRON ALFA-2A					
Sol. Inj. S.C.					
02248077	<i>Pegasys</i>	Accelera	1	180 mcg/0,5 mL	416,03
PEMIGATINIB					
Co.					
02519933	<i>Pemazyre</i>	Incyte	14	4,5 mg	11624,18 ➔ 830,2986

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. 02519941	<i>Pemazyre</i>	Incyte	14	9 mg 11624,18	830,2986
-----------------	-----------------	--------	----	------------------	----------

Co. 02519968	<i>Pemazyre</i>	Incyte	14	13,5 mg 11624,18	830,2986
-----------------	-----------------	--------	----	---------------------	----------

PENTOXIFYLLINE

Co. L.A. 02543087	<i>JAMP Pentoxifylline SR</i>	Jamp	400 mg	PPB	
02230090	<i>Pentoxifylline SR</i>	AA Pharma	100 100	58,46 58,46	⇒ 0,5846 ⇒ 0,5846

PÉRAMPANEL

Co. 02404516	<i>Fycompa</i>	Eisai	2 mg	PPB	
02522632	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	7 30	66,15 171,38	⇒ 9,4500 ⇒ 5,7128

Co. 02404524	<i>Fycompa</i>	Eisai	4 mg	PPB	
02522640	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	28 30	264,60 171,38	⇒ 9,4500 ⇒ 5,7128

Co. 02404532	<i>Fycompa</i>	Eisai	6 mg	PPB	
02522659	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	28 30	264,60 171,38	⇒ 9,4500 ⇒ 5,7128

Co. 02404540	<i>Fycompa</i>	Eisai	8 mg	PPB	
02522667	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	28 30	264,60 171,38	⇒ 9,4500 ⇒ 5,7128

Co. 02404559	<i>Fycompa</i>	Eisai	10 mg	PPB	
02522675	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	28 30	264,60 171,38	⇒ 9,4500 ⇒ 5,7128

Co. 02404567	<i>Fycompa</i>	Eisai	12 mg	PPB	
02522683	<i>Taro-Perampanel</i>	Taro	28 30	264,60 171,38	⇒ 9,4500 ⇒ 5,7128

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL

Liq. 02453304	<i>Ravicti</i>	Horizon	25 ml	1,1 g/mL 1200,00	48,0000
------------------	----------------	---------	-------	---------------------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PHÉNYLBUTYRATE DE SODIUM 

Gran.

02436663	<i>Pheburane</i>	Medunik	1	483 mg/g 1612,80
----------	------------------	---------	---	---------------------

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM

Sol. Rect.

02096900	<i>Lax-A NEMA</i>	Pendopharm	130 ml	160 mg -60 mg/mL 3,25
----------	-------------------	------------	--------	--------------------------

Sol. Rect. Péd.

00108065	<i>Fleet Pédiatrique</i>	CB Fleet	65 ml	160 mg -60 mg/mL 4,10
----------	--------------------------	----------	-------	--------------------------

PIMÉCROLIMUS 

Cr. Top.

02247238	<i>Elidel</i>	Bausch H.	30 g	1 % 62,94	2,0980
			60 g	125,89	2,0982

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

02302861	<i>ACT Pioglitazone</i>	Teva Can	100	15 mg PPB 50,00	► 0,5000
02302942	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	100	50,00	► 0,5000
02397307	<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	100	50,00	► 0,5000
02326477	<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	100	50,00	► 0,5000
02391600	<i>Pioglitazone</i>	Accord	90	45,00	► 0,5000

Co.

02302888	<i>ACT Pioglitazone</i>	Teva Can	100	30 mg PPB 70,00	► 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

Co.

02302896	<i>ACT Pioglitazone</i>	Teva Can	100	45 mg PPB 105,00	► 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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PIRFÉNIDONE 

Caps.

267 mg PPB					
02509938	<i>Jamp Pirfenidone</i>	Jamp	63	422,86	► 6,7120
			270	1812,24	► 6,7120
02488833	<i>Sandoz Pirfenidone Capsules</i>	Sandoz	21	140,95	► 6,7120
			270	1812,24	► 6,7120

Co.

267 mg PPB					
02537753	<i>Auro-Pirfenidone</i>	AuroPharma	21	70,48	► 3,3560
			90	302,04	► 3,3560
02464489	<i>Esbriet</i>	Roche	21	273,63	13,0300
			270	3518,10	13,0300
02514702	<i>Jamp Pirfenidone</i>	Jamp	90	302,04	► 3,3560
			270	906,12	► 3,3560
02550644	<i>M-Pirfenidone</i>	Mantra Ph.	21	70,48	► 3,3560
			90	302,04	► 3,3560
02531526	<i>pms-Pirfenidone</i>	Phmscience	21	70,48	► 3,3560
			270	906,12	► 3,3560
02488507	<i>Sandoz Pirfenidone</i>	Sandoz	21	70,48	► 3,3560
			270	906,12	► 3,3560

Co.

801 mg PPB					
02537761	<i>Auro-Pirfenidone</i>	AuroPharma	21	211,43	► 10,0680
			90	906,12	► 10,0680
02464500	<i>Esbriet</i>	Roche	90	3518,10	39,0900
02514710	<i>Jamp Pirfenidone</i>	Jamp	90	906,12	► 10,0680
02550652	<i>M-Pirfenidone</i>	Mantra Ph.	90	906,12	► 10,0680
02531534	<i>pms-Pirfenidone</i>	Phmscience	90	906,12	► 10,0680
02488515	<i>Sandoz Pirfenidone</i>	Sandoz	90	906,12	► 10,0680

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Pd. Orale

1 g/g PPB					
02460297	<i>Comfilax</i>	Cellchem	238 g	5,93	
			510 g	► 12,70	
02374137	<i>Emolax</i>	Jamp	510 g	► 12,70	
99113714	<i>Emolax (30 sachets de 17 grammes)</i>	Jamp	510 g	12,70	► 0,0249
02453193	<i>Lax-A-Day Pharma</i>	Phmscience	510 g	► 12,70	
02450070	<i>M-Peg 3350</i>	Mantra Ph.	510 g	► 12,70	
02520796	<i>Peg 3350</i>	Angita	510 g	► 12,70	
02358034	<i>Peg 3350</i>	Medisca	255 g	6,35	
			510 g	14,74	
99114378	<i>Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes)</i>	Angita	510 g	12,70	► 0,0249
02346672	<i>Relaxa</i>	Medexus	510 g	► 12,70	
99101166	<i>Relaxa (30 sachets de 17 grammes)</i>	Medexus	510 g	12,70	► 0,0249

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)

Pd. Orale 0,851 g - 0,082 g - 0,024 g - 0,021 g - 0,011 g / g **PPB**

02378329	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

Caps.

3 mg **PPB**

02520443	Apo-Pomalidomide	Apotex	21	2625,00	125,0000
02538083	JAMP Pomalidomide	Jamp	21	2625,00	125,0000
02506416	Nat-Pomalidomide	Natco	21	2625,00	125,0000
02419602	Pomalyst	Celgene	21	10500,00	500,0000
02504103	Reddy-Pomalidomide	Dr Reddy's	21	2625,00	125,0000
02524007	Sandoz Pomalidomide	Sandoz	21	2625,00	125,0000

Caps.

4 mg **PPB**

02520451	Apo-Pomalidomide	Apotex	21	2625,00	125,0000
02538091	JAMP Pomalidomide	Jamp	21	2625,00	125,0000
02506424	Nat-Pomalidomide	Natco	21	2625,00	125,0000
02419610	Pomalyst	Celgene	21	10500,00	500,0000
02504111	Reddy-Pomalidomide	Dr Reddy's	21	2625,00	125,0000
02524015	Sandoz Pomalidomide	Sandoz	21	2625,00	125,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

POSACONAZOLE 

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
02496259	<i>Sandoz Posaconazole</i>	Sandoz	60	700,85 ➔	11,6808
02543311	<i>Taro-Posaconazole</i>	Taro	60	700,85 ➔	11,6808

Susp. Orale

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

PRASUGREL 

Co.

02502429	<i>Jamp Prasugrel</i>	Jamp	30	10 mg 50,04	1,6680
----------	-----------------------	------	----	----------------	--------

PROGESTÉRONE 

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	
----------	----------------	--------	----	---------------	--

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) 

Sol. Orale

02457857	<i>Hemangiol</i>	Pierre Fab	120 ml	3,75 mg/mL 273,70	2,2808
----------	------------------	------------	--------	----------------------	--------

PSYLLIUM (MUCILAGE DE) 5

Pd. Orale

99002876			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

RANIBIZUMAB 

Sol. Inj.

02525852	<i>Byooviz</i>	Biogen	1	10 mg/mL (0,23ml) 900,00	
02542250	<i>Ranopto</i>	Teva Innov	1	900,00	

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RASAGILINE (MÉSYLATE DE) 

Co.

				0,5 mg	PPB
02404680	Apo-Rasagiline	Apotex	100	360,50	3,6050
02284642	Azilect	Teva Innov	30	210,00	7,0000
02491974	Jamp Rasagiline	Jamp	30	108,15	3,6050
			100	360,50	3,6050
02418436	Teva-Rasagiline	Teva Can	30	108,15	3,6050

Co.

				1 mg	PPB
02404699	Apo-Rasagiline	Apotex	100	360,50	3,6050
02284650	Azilect	Teva Innov	30	210,00	7,0000
02491982	Jamp Rasagiline	Jamp	30	108,15	3,6050
			100	360,50	3,6050
02418444	Teva-Rasagiline	Teva Can	30	108,15	3,6050

RAVULIZUMAB 

Sol. Perf. I.V.

				10 mg/mL (30 mL)
02491559	Ultomiris	Alexion	1	7282,15

Sol. Perf. I.V.

				100 mg/mL (3 mL)
02533448	Ultomiris	Alexion	1	7282,15

Sol. Perf. I.V.

				100 mg/mL (11 mL)
02533456	Ultomiris	Alexion	1	26701,20

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)

Bandelette

99100516	Oracle	TremHarr	50	36,45
			100	72,90

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG

Bandelette

99100333	CoaguChek XS PT Test	Roche Diag	6	37,20
			24	148,80
			48	297,60
99113393	CoaguChek XS PT Test PST	Roche Diag	6	37,20
			24	148,80

RÉGORAFENIB (MONOHYDRATE DE) 

Co.

02403390	Stivarga	Bayer	84	40 mg 6100,08	72,6200
----------	----------	-------	----	------------------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RÉLUGOLIX/ESTRADIOL/NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) 

Co.			40 mg - 1 mg - 0,5 mg		
+ 02541742	<i>Myfembree</i>	Knight	28	252,00	9,0000

RIBOCICLIB (SUCCINATE DE) 

Co.			200 mg		
02473569	<i>Kisqali</i>	Novartis	21	1777,65	84,6500
			42	3555,30	84,6500
			63	5332,95	84,6500

RIFAXIMINE 

Co.			550 mg		
02410702	<i>Zaxine</i>	Salix	60	460,65	7,6775

RILUZOLE 

Co.			50 mg PPB		
02352583	<i>Apo-Riluzole</i>	Apotex	60	206,17	3,4361
02390299	<i>Mylan-Riluzole</i>	Mylan	60	206,17	3,4361
02242763	<i>Rilutek</i>	SanofiAven	60	585,84	9,7640

RIOCIGUAT 

Co.			0,5 mg PPB		
02412764	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533545	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93	24,0460

Co.

02412772	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533561	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93	24,0460

Co.

02412799	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533588	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93	24,0460

Co.

02412802	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533596	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93	24,0460

Co.

02412810	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500
02533618	<i>Sandoz Riociguat</i>	Sandoz	42	1009,93	24,0460

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RIPRÉTINIB 

Co.

02500833	<i>Qinlock</i>	Medison	90	50 mg	19468,75	216,3194
----------	----------------	---------	----	-------	----------	----------

RISANKIZUMAB (COLITE ULCÉREUSE) 

Sol. Perf. I.V.

+ 99114556	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	60 mg/mL (10 mL)	4593,14
------------	----------------	--------	---	------------------	---------

Sol.Inj.S.C.(mini-doseur)

+ 02552507	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	150 mg/mL (1,2 mL)	4593,14
------------	----------------	--------	---	--------------------	---------

Sol.Inj.S.C.(mini-doseur)

+ 99114557	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	150 mg/mL (2,4 mL)	4593,14
------------	----------------	--------	---	--------------------	---------

RISANKIZUMAB (MALADIE DE CROHN) 

Sol. Perf. I.V.

02532107	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	60 mg/mL (10 mL)	4593,14
----------	----------------	--------	---	------------------	---------

Sol.Inj.S.C.(mini-doseur)

02532093	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	1	150 mg/mL (2,4 mL)	4593,14
----------	----------------	--------	---	--------------------	---------

RISANKIZUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES) 

Sol. Inj. S.C.

02519283	<i>Skyrizi (seringue)</i>	AbbVie	1	150 mg/mL (1 mL)	4935,00
02519291	<i>Skyrizi (stylo)</i>	AbbVie	1	4935,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)

02487454	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	2	90 mg/mL (0,83 mL)	4935,00
----------	----------------	--------	---	--------------------	---------

RISIDIPLAM 

Pd. Orale

02514931	<i>Evrysdi</i>	Roche	1	60 mg (0,75 mg/mL)	11638,35
----------	----------------	-------	---	--------------------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RITUXIMAB

Sol. Perf. I.V.

				10 mg/mL	
02498316	<i>Riximyo</i>	Sandoz	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02495724	<i>Ruxience</i>	Pfizer	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02478382	<i>Truxima</i>	Teva Innov	10 ml	297,00	
02478390	<i>Truxima</i>	Teva Innov	50 ml	1485,00	

RIVAROXABAN

Co.

				2,5 mg	PPB	
02555255	<i>AG-Rivaroxaban</i>	Angita	100	35,50	►	0,3550
02541734	<i>Apo-Rivaroxaban</i>	Apotex	60	21,30	►	0,3550
			100	35,50	►	0,3550
02549328	<i>Bio-Rivaroxaban</i>	Biomed	30	10,65	►	0,3550
			100	35,50	►	0,3550
02553368	<i>JAMP Rivaroxaban</i>	Jamp	100	35,50	►	0,3550
02551608	<i>M-Rivaroxaban</i>	Mantra Ph.	30	10,65	►	0,3550
			100	35,50	►	0,3550
02555107	<i>NB-Rivaroxaban</i>	NB Pharma	100	35,50	►	0,3550
02527537	<i>pms-Rivaroxaban</i>	Phmscience	100	35,50	►	0,3550
02540967	<i>Pro-Rivaroxaban</i>	Pro Doc	100	35,50	►	0,3550
02524503	<i>Reddy-Rivaroxaban</i>	Dr Reddy's	100	35,50	►	0,3550
02540835	<i>Riva Rivaroxaban</i>	Riva	100	35,50	►	0,3550
02547899	<i>Rivaroxaban</i>	Sanis	100	35,50	►	0,3550
02541467	<i>Rivaroxaban</i>	Sivem	100	35,50	►	0,3550
02537877	<i>Sandoz Rivaroxaban</i>	Sandoz	100	35,50	►	0,3550
02526786	<i>Taro-Rivaroxaban</i>	Taro	100	35,50	►	0,3550
			500	177,50	►	0,3550
02547295	<i>Teva-Rivaroxaban</i>	Teva Can	30	10,65	►	0,3550
			100	35,50	►	0,3550
02480808	<i>Xarelto</i>	Bayer	100	142,00		1,4200

RIVASTIGMINE

Caps.

				1,5 mg	PPB	
02336715	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	►	0,6513
02242115	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50	►	2,4375
02485362	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	►	0,6513
			100	65,13	►	0,6513
02552256	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	►	0,6513
02401614	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	►	0,6513
			100	65,13	►	0,6513
02416999	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	►	0,6513
02324563	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	►	0,6513
			100	65,13	►	0,6513

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.					
				3 mg PPB	
02336723	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	► 0,6513
02242116	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50	2,4375
02485370	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
02552264	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	► 0,6513
02401622	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
02417006	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	► 0,6513
02324571	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
Caps.					
				4,5 mg PPB	
02336731	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	► 0,6513
02242117	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50	2,4375
02485389	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
02552272	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	► 0,6513
02401630	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
02417014	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	► 0,6513
02324598	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
Caps.					
				6 mg PPB	
02336758	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,13	► 0,6513
02242118	<i>Exelon</i>	Knight	56	136,50	2,4375
02485397	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
02552280	<i>JAMP Rivastigmine Capsules</i>	Jamp	100	65,13	► 0,6513
02401649	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
02417022	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,13	► 0,6513
02324601	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	► 0,6513
			100	65,13	► 0,6513
Sol. Orale					
				2 mg/mL	
02245240	<i>Exelon</i>	Knight	120 ml	153,02	1,2752
Timbre cut.					
				4,6 mg/24H PPB	
02302845	<i>Exelon Patch 5</i>	Knight	30	131,63	4,3877
02423413	<i>Mylan-Rivastigmine Patch 5</i>	Mylan	30	119,32	► 3,9773
02479540	<i>Rivastigmine Patch 5</i>	Phmscience	30	119,32	► 3,9773
02426293	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 5</i>	Sandoz	30	119,32	► 3,9773

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.					
02302853	<i>Exelon Patch 10</i>	Knight	30	9,5 mg/24H PPB	
02423421	<i>Mylan-Rivastigmine Patch 10</i>	Mylan	30	131,63	4,3877
02479559	<i>Rivastigmine Patch 10</i>	Phmscience	30	119,32	3,9773
02426307	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 10</i>	Sandoz	30	119,32	3,9773
ROMOSOZUMAB					
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02489597	<i>Evenity</i>	Amgen	2	90 mg/mL (1,17 mL)	328,3900
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)					
Co.					
02403366	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	2 mg	1,0316
02403374	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	4 mg	1,6188
02403382	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	8 mg	2,3150
ROTIGOTINE					
Timbre cut.					
02403897	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	1 mg/24 h	3,5400
02403900	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	2 mg/24 h	3,5400
02403919	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	3 mg/24 h	6,5000
02403927	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	4 mg/24 h	6,5000
02403935	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	6 mg/24 h	7,2700
02403943	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	8 mg/24 h	7,2700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ROZANOLIXIZUMAB 

Sol. Inj. S.C.

02556081	Rystiggo	U.C.B.	1	140 mg/mL (2 mL)	12260,28
----------	----------	--------	---	------------------	----------

RUFINAMIDE 

Co.

02369613	Banzel	Eisai	30	100 mg	0,7180
----------	--------	-------	----	--------	--------

Co.

02545985	Auro-Rufinamide	AuroPharma	120	200 mg	PPB
02369621	Banzel	Eisai	500	121,00	1,0083
			120	504,15	1,0083
				172,36	1,4363

Co.

02545993	Auro-Rufinamide	AuroPharma	120	400 mg	PPB
02369648	Banzel	Eisai	500	263,64	2,1970
			120	1098,50	2,1970
				375,58	3,1298

RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE) 

Co.

02388006	Jakavi	Novartis	56	5 mg	82,1918
----------	--------	----------	----	------	---------

Co.

02434814	Jakavi	Novartis	56	10 mg	82,1918
----------	--------	----------	----	-------	---------

Co.

02388014	Jakavi	Novartis	56	15 mg	82,1918
----------	--------	----------	----	-------	---------

Co.

02388022	Jakavi	Novartis	56	20 mg	82,1918
----------	--------	----------	----	-------	---------

SACUBITRIL/VALSARTAN 

Co.

02446928	Entresto	Novartis	30	24,3 mg - 25,7 mg	3,6200
----------	----------	----------	----	-------------------	--------

Co.

02446936	Entresto	Novartis	60	48,6 mg - 51,4 mg	3,6200
----------	----------	----------	----	-------------------	--------

Co.

02446944	Entresto	Novartis	60	97,2 mg - 102,8 mg	3,6200
----------	----------	----------	----	--------------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SALBUTAMOL (SULFATE DE) 

Pd. pour Inh.

200 mcg/coque

02243115	Ventolin Diskus	GSK	60 dose(s)	9,40
----------	-----------------	-----	------------	------

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 

Aéro. oral

25 mcg -125 mcg/dose

02245126	Advair 125	GSK	120 dose(s)	90,69
----------	------------	-----	-------------	-------

Aéro. oral

25 mcg -250 mcg/dose

02245127	Advair 250	GSK	120 dose(s)	128,74
----------	------------	-----	-------------	--------

Pd. pour Inh.

50 mcg-100 mcg/coque **PPB**

02240835	Advair Diskus 100	GSK	60 dose(s)	75,79
02494507	pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	Phmscience	60 dose(s)	42,41
02495597	Wixela Inhub	Mylan	60 dose(s)	42,41

Pd. pour Inh.

50 mcg-250 mcg/coque **PPB**

02240836	Advair Diskus 250	GSK	60 dose(s)	90,69
02494515	pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	Phmscience	60 dose(s)	50,76
02495600	Wixela Inhub	Mylan	60 dose(s)	50,76

Pd. pour Inh.

50 mcg-500 mcg/coque **PPB**

02240837	Advair Diskus 500	GSK	60 dose(s)	128,74
02494523	pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol	Phmscience	60 dose(s)	72,06
02495619	Wixela Inhub	Mylan	60 dose(s)	72,06

SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE) 

Co.

100 mg

02350580	Kuvan	Biomarin	120	3960,00	33,0000
----------	-------	----------	-----	---------	---------

SARILUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

200 mg/1,14 mL

02460548	Kevzara	SanofiAven	2	1400,00	700,0000
----------	---------	------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

150 mg/1,14 mL

02472961	Kevzara	SanofiAven	2	1400,00	700,0000
----------	---------	------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

200 mg/1,14 mL

02472988	Kevzara	SanofiAven	2	1400,00	700,0000
----------	---------	------------	---	---------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SATRALIZUMAB

Sol. Inj. S.C.

02499681	<i>Enspryng (seringue)</i>	Roche	1	120 mg/mL 9450,00	
----------	----------------------------	-------	---	----------------------	--

SAXAGLIPTINE

Co.

				2,5 mg	PPB
02507471	<i>Apo-Saxagliptin</i>	Apotex	30	37,95	► 1,2650
			100	126,50	► 1,2650
02375842	<i>Onglyza</i>	AZC	30	69,00	2,3000
02468603	<i>Sandoz Saxagliptin</i>	Sandoz	30	37,95	► 1,2650

Co.

				5 mg	PPB
02507498	<i>Apo-Saxagliptin</i>	Apotex	30	45,59	► 1,5195
			100	151,95	► 1,5195
02333554	<i>Onglyza</i>	AZC	30	69,00	2,3000
02468611	<i>Sandoz Saxagliptin</i>	Sandoz	30	45,59	► 1,5195
			100	151,95	► 1,5195

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				2,5 mg - 500 mg	
02389169	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	1,2700

Co.

				2,5 mg - 850 mg	
02389177	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	1,2700

Co.

				2,5 mg - 1 000 mg	
02389185	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	1,2700

SÉBÉLIPASE ALFA

Sol. Perf. I.V.

				2 mg/mL (10 mL)	
02469596	<i>Kanuma</i>	Alexion	10 ml	8546,00	

SÉCUKINUMAB

Sol. Inj. S.C.

				150 mg/mL (1 mL)	
02547724	<i>Cosentyx (seringue)</i>	Novartis	1	772,50	
			2	1545,00	772,5000
02438070	<i>Cosentyx (stylo)</i>	Novartis	1	772,50	
			2	1545,00	772,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SELEXIPAG ▶

Co.

02451158	Uptravi	Janss. Inc	60	200 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451166	Uptravi	Janss. Inc	60	400 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451174	Uptravi	Janss. Inc	60	600 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451182	Uptravi	Janss. Inc	60	800 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	--------------------	---------

Co.

02451190	Uptravi	Janss. Inc	60	1000 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	---------------------	---------

Co.

02451204	Uptravi	Janss. Inc	60	1200 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	---------------------	---------

Co.

02451212	Uptravi	Janss. Inc	60	1400 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	---------------------	---------

Co.

02451220	Uptravi	Janss. Inc	60	1600 mcg 3850,00	64,1667
----------	---------	------------	----	---------------------	---------

SÉLINEXOR ▶

Co.

02527677	Xpovio	Forus	20	20 mg 11000,00	550,0000
----------	--------	-------	----	-------------------	----------

SEPERCATINIB ▶

Caps.

02516918	Retevmo	Lilly	60	40 mg 3990,00	66,5000
----------	---------	-------	----	------------------	---------

Caps.

02516926	Retevmo	Lilly	60	80 mg 7980,00	133,0000
----------	---------	-------	----	------------------	----------

SÉLUMÉTINIB ▶

Caps.

02530139	Koselugo	Alexion	60	10 mg 7356,00	122,6000
----------	----------	---------	----	------------------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				25 mg	
02530147 <i>Koselugo</i> Alexion 60 18390,00 306,5000					
SÉMAGLUTIDE P					
Co.				3 mg	
02497581 <i>Rybelsus</i> N.Nordisk 30 208,99 6,9663					
Co.				7 mg	
02497603 <i>Rybelsus</i> N.Nordisk 30 208,99 6,9663					
Co.				14 mg	
02497611 <i>Rybelsus</i> N.Nordisk 30 208,99 6,9663					
Sol. Inj. S.C.				1,34 mg/mL (1,5 mL)	
02471477 <i>Ozempic</i> N.Nordisk 1 195,06					
Sol. Inj. S.C.				1,34 mg/mL (3 mL)	
02471469 <i>Ozempic</i> N.Nordisk 1 195,06					
Sol. Inj. S.C. (stylo)				0,68 mg/mL (3 mL)	
02540258 <i>Ozempic</i> N.Nordisk 1 195,06					

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SENNOSIDES A & B

Co.

				8,6 mg	PPB
80103747	AG-Sennosides enrobé	Angita	500	23,19	► 0,0464
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	500	23,19	► 0,0464
			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
80069737	Sennalax	Cellchem	60	2,78	► 0,0464
80054167	Sennosides	Altamed	1000	46,38	► 0,0464

Co.

				12 mg	PPB
80009183	Jamp-Sennosides Enrobé	Jamp	500	27,75	► 0,0555
00896403	pms-Sennosides	Phmscience	100	5,55	► 0,0555
			500	27,75	► 0,0555
80069733	Sennalax Forte	Cellchem	60	3,33	► 0,0555

SÉVÉLAMER (CARBONATE DE) ▶

Co.

				800 mg	PPB
02461501	Accel-Sevelamer	Accel	180	227,42	► 1,2634
02354586	Renvela	SanofiAven	180	227,42	► 1,2634

Pd. Orale

				2,4 g
02485567	Renvela	SanofiAven	90	341,12
				3,7902

Pd. Orale

				800 mg
02485559	Renvela	SanofiAven	90	113,71
				1,2634

SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE) ▶

Co.

				800 mg
02244310	Renagel	SanofiAven	180	277,36
				1,5409

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SILDÉNAFIL (CITRATE DE) 

Co.

			20 mg	PPB	
02469669	<i>Jamp-Sildenafil R</i>	Jamp	30	88,86	► 2,9620
			90	266,58	► 2,9620
02412179	<i>pms-Sildenafil R</i>	Phmscience	90	266,58	► 2,9620
			100	296,20	► 2,9620
02279401	<i>Revatio</i>	BGP Pharma	90	962,75	10,6972
02319500	<i>Teva-Sildenafil R</i>	Teva Can	100	296,20	► 2,9620

SIPONIMOD (ACIDE FUMARIQUE DE) 

Co.

			0,25 mg		
02496429	<i>Mayzent</i>	Novartis	12	267,94	22,3285
			120	2679,42	22,3285

Co.

			2 mg		
02496437	<i>Mayzent</i>	Novartis	28	2500,82	89,3150

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
			100	81,97	► 0,8197
02534134	<i>Jamp Sitagliptin</i>	Jamp	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02388839	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53	2,6177
02503840	<i>pms-Sitagliptin</i>	Phmscience	30	24,59	► 0,8197
			90	73,77	► 0,8197
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
02548550	<i>Sitagliptin</i>	Sanis	100	81,97	► 0,8197
02529033	<i>Sitagliptin</i>	Sivem	100	81,97	► 0,8197
02531631	<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i>	Taro	90	73,77	► 0,8197
02522705	<i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Teva Can	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

				50 mg	PPB
02512483	<i>ACH-Sitagliptin</i>	Accord	30	24,59	► 0,8197
02535521	<i>AG-Sitagliptin</i>	Angita	100	81,97	► 0,8197
			1000	819,70	► 0,8197
02508664	<i>Apo-Sitagliptin Malate</i>	Apotex	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02529874	<i>Auro-Sitagliptin</i>	AuroPharma	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02534142	<i>Jamp Sitagliptin</i>	Jamp	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02388847	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53	2,6177
02503859	<i>pms-Sitagliptin</i>	Phmscience	30	24,59	► 0,8197
			90	73,77	► 0,8197
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
02548569	<i>Sitagliptin</i>	Sanis	100	81,97	► 0,8197
02529041	<i>Sitagliptin</i>	Sivem	100	81,97	► 0,8197
02531658	<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i>	Taro	90	73,77	► 0,8197
02522713	<i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Teva Can	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197

Co.

				100 mg	PPB
02512491	<i>ACH-Sitagliptin</i>	Accord	90	73,77	► 0,8197
02535548	<i>AG-Sitagliptin</i>	Angita	500	409,85	► 0,8197
02508672	<i>Apo-Sitagliptin Malate</i>	Apotex	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02529882	<i>Auro-Sitagliptin</i>	AuroPharma	100	81,97	► 0,8197
			500	409,85	► 0,8197
02534150	<i>Jamp Sitagliptin</i>	Jamp	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02303922	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53	2,6177
			100	261,77	2,6177
02503867	<i>pms-Sitagliptin</i>	Phmscience	30	24,59	► 0,8197
			90	73,77	► 0,8197
02534312	<i>Pro-Sitagliptin Malate</i>	Pro Doc	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197
02504065	<i>Sandoz Sitagliptin</i>	Sandoz	100	81,97	► 0,8197
			500	409,85	► 0,8197
02548577	<i>Sitagliptin</i>	Sanis	100	81,97	► 0,8197
			500	409,85	► 0,8197
02529068	<i>Sitagliptin</i>	Sivem	100	81,97	► 0,8197
			500	409,85	► 0,8197
02531666	<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i>	Taro	90	73,77	► 0,8197
02522721	<i>Teva-Sitagliptin Malate</i>	Teva Can	30	24,59	► 0,8197
			100	81,97	► 0,8197

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

			50 mg -500 mg	PPB	
02557711	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	60	26,68	► 0,4446
02509415	Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02547805	Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	Aurobindo	60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02556189	JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	60	26,68	► 0,4446
			180	80,03	► 0,4446
02333856	Janumet	Merck	60	82,20	1,3700
02534223	Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin	Pro Doc	60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02540118	Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	60	26,68	► 0,4446
02503956	Sandoz Sitagliptin- Metformin	Sandoz	60	26,68	► 0,4446
			500	222,30	► 0,4446
02529157	Sitagliptin-Metformin	Sivem	60	26,68	► 0,4446
			500	222,30	► 0,4446
02520494	Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	100	44,46	► 0,4446
			500	222,30	► 0,4446

Co.

			50 mg -850 mg	PPB	
02557738	AG-Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Angita	60	26,68	► 0,4446
02509423	Apo-Sitagliptine Metformine	Apotex	60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02547813	Auro-Sitagliptin Hydrochloride et Metformin Hydrochloride	Aurobindo	60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02556197	JAMP Sitagliptin Hydrochloride / Metformin	Jamp	60	26,68	► 0,4446
			180	80,03	► 0,4446
* 02333864	Janumet	Merck	60	82,20	R
02534231	Pro-Sitagliptin Malate/ Metformin	Pro Doc	60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02540126	Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride	Dr Reddy's	60	26,68	► 0,4446
02503964	Sandoz Sitagliptin- Metformin	Sandoz	60	26,68	► 0,4446
			360	160,06	► 0,4446
02529165	Sitagliptin-Metformin	Sivem	60	26,68	► 0,4446
			360	160,06	► 0,4446
02520508	Teva-Sitagliptin malate / Metformin	Teva Can	100	44,46	► 0,4446
			500	222,30	► 0,4446

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

			50 mg -1000 mg	PPB	
02557746	<i>AG-Sitagliptin</i> <i>Hydrochloride / Metformin</i>	Angita	60	26,68	► 0,4446
02509431	<i>Apo-Sitagliptine Metformine</i>	Apotex	500	222,30	► 0,4446
			60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02547821	<i>Auro-Sitagliptin</i> <i>Hydrochloride et Metformin</i> <i>Hydrochloride</i>	Aurobindo	60	26,68	► 0,4446
			100	44,46	► 0,4446
02556200	<i>JAMP Sitagliptin</i> <i>Hydrochloride / Metformin</i>	Jamp	60	26,68	► 0,4446
			500	222,30	► 0,4446
02333872	<i>Janumet</i>	Merck	60	82,20	1,3700
02534258	<i>Pro-Sitagliptin Malate/</i> <i>Metformin</i>	Pro Doc	60	26,68	► 0,4446
			500	222,30	► 0,4446
02540134	<i>Reddy-Sitagliptin et</i> <i>Metformin Hydrochloride</i>	Dr Reddy's	60	26,68	► 0,4446
02503972	<i>Sandoz Sitagliptin-</i> <i>Metformin</i>	Sandoz	60	26,68	► 0,4446
			360	160,06	► 0,4446
02529173	<i>Sitagliptin-Metformin</i>	Sivem	60	26,68	► 0,4446
			360	160,06	► 0,4446
02520516	<i>Teva-Sitagliptin malate /</i> <i>Metformin</i>	Teva Can	100	44,46	► 0,4446
			500	222,30	► 0,4446

Co. L.A.

			50 mg -500 mg	PPB	
02506270	<i>Apo-Sitagliptin/Metformin</i> <i>XR</i>	Apotex	60	41,10	► 0,6850
02416786	<i>Janumet XR</i>	Merck	60	82,20	1,3700
02529106	<i>Sandoz Sitagliptin-</i> <i>Metformin XR</i>	Sandoz	60	41,10	► 0,6850

Co. L.A.

			50 mg -1000 mg	PPB	
02506289	<i>Apo-Sitagliptin/Metformin</i> <i>XR</i>	Apotex	60	41,10	► 0,6850
			100	68,50	► 0,6850
02416794	<i>Janumet XR</i>	Merck	60	82,20	1,3700
02529114	<i>Sandoz Sitagliptin-</i> <i>Metformin XR</i>	Sandoz	60	41,10	► 0,6850

Co. L.A.

			100 mg-1000 mg	PPB	
02506297	<i>Apo-Sitagliptin/Metformin</i> <i>XR</i>	Apotex	30	41,10	► 1,3700
			100	137,00	► 1,3700
02416808	<i>Janumet XR</i>	Merck	30	82,20	2,7400
02529122	<i>Sandoz Sitagliptin-</i> <i>Metformin XR</i>	Sandoz	30	41,10	► 1,3700

SOFOSBUVIR 

Co.

			400 mg	
02418355	<i>Sovaldi</i>	Gilead	28	18333,33 654,7618

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR R					
Co.				400 mg -100 mg	
02456370	Epclusa	Gilead	28	20000,00	714,2857
SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPRÉVIR R					
Co.				400 mg -100 mg -100 mg	
02467542	Vosevi	Gilead	28	20000,00	714,2857
SOMATOTROPHINE R					
Cartouche				5 mg	
02325063	Omnitrope	Sandoz	1 5	139,50 697,50	139,5000
Cartouche				6 mg	
02243077 02350122	Humatrope Saizen	Lilly Serono	1 1	261,00 261,00	R
Cartouche				10 mg	
02325071	Omnitrope	Sandoz	1 5	279,00 1395,00	279,0000
Cartouche				12 mg	
02243078 02350130	Humatrope Saizen	Lilly Serono	1 1	334,80 334,80	R
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	Humatrope	Lilly	1	1120,08	R
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

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401770	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	0,8 mg 156,24	22,3200
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401789	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	1 mg 195,30	27,9000
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401797	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	1,2 mg 234,36	33,4800
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401800	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	1,4 mg 273,42	39,0600
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401819	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	1,6 mg 312,48	44,6400
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401827	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	1,8 mg 351,54	50,2200
Sol. Inj. S.C. (ser) 02401835	Genotropin MiniQuick	Pfizer	7	2 mg 390,60	55,8000
Sty 02401703	Genotropin GoQuick	Pfizer	5	5,3 mg 739,35	147,8700
Sty 02401711	Genotropin GoQuick	Pfizer	5	12 mg 1674,00	334,8000

SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER					
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02529181 02334852	Norditropin FlexPro Norditropin Nordiflex	N.Nordisk N.Nordisk	1 1	5 mg/1,5 mL 139,50 139,50	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02529203 02334860	Norditropin FlexPro Norditropin Nordiflex	N.Nordisk N.Nordisk	1 1	10 mg/1,5 mL 279,00 279,00	
Sol. Inj. S.C. (stylo) 02529211 02334879	Norditropin FlexPro Norditropin Nordiflex	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

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
----------	--------	--------	---	------	--------

SORAFENIB (TOSYLATE DE) 

Co.

02284227	Nexavar	Bayer	112	200 mg	5152,99	46,0088
----------	---------	-------	-----	--------	---------	---------

SOTATERCEPT 

Pd. Inj. S.C.

02551284	Winrevair	Merck	1	45 mg	8717,15
----------	-----------	-------	---	-------	---------

Pd. Inj. S.C.

02551292	Winrevair	Merck	1	60 mg	11622,87
----------	-----------	-------	---	-------	----------

Trousse

02551306	Winrevair (1 ou 2 flacons)	Merck	1	45 mg	8717,15
			2	17434,30	

Trousse

02551314	Winrevair (1 ou 2 flacons)	Merck	1	60 mg	11622,87
			2	23245,73	

STIRIPENTOL 

Caps.

02398958	Diacomit	Biocodex	60	250 mg	371,60	6,1933
----------	----------	----------	----	--------	--------	--------

Caps.

02398966	Diacomit	Biocodex	60	500 mg	742,03	12,3672
----------	----------	----------	----	--------	--------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Orale 02398974	Diacomit	Biocodex	250 mg/sachet 60	250 mg/sachet 371,60	250 mg/sachet 6,1933
SUNITINIB (MALATE DE) ■					
Caps.				12,5 mg PPB	
02532190	Auro-Sunitinib	AuroPharma	28	455,87	16,2810
02552892	NAT-Sunitinib	Natco	28	455,87	16,2810
02532840	Sandoz Sunitinib	Sandoz	28	455,87	16,2810
02280795	Sutent	Pfizer	28	1768,27	63,1525
02524058	Taro-Sunitinib	Taro	28	455,87	16,2810
			30	488,43	16,2810
02526204	Teva-Sunitinib	Teva Can	28	455,87	16,2810
Caps.				25 mg PPB	
02532204	Auro-Sunitinib	AuroPharma	28	911,73	32,5618
02552906	NAT-Sunitinib	Natco	28	911,73	32,5618
02532867	Sandoz Sunitinib	Sandoz	28	911,73	32,5618
02280809	Sutent	Pfizer	28	3536,52	126,3043
02524066	Taro-Sunitinib	Taro	28	911,73	32,5618
			30	976,85	32,5618
02526212	Teva-Sunitinib	Teva Can	28	911,73	32,5618
Caps.				50 mg PPB	
02532220	Auro-Sunitinib	AuroPharma	28	1823,47	65,1238
02539284	NAT-Sunitinib	Natco	28	1823,47	65,1238
02532883	Sandoz Sunitinib	Sandoz	28	1823,47	65,1238
02280817	Sutent	Pfizer	28	7073,05	252,6089
02524082	Taro-Sunitinib	Taro	28	1823,47	65,1238
			30	1953,71	65,1238
02526220	Teva-Sunitinib	Teva Can	28	1823,47	65,1238
TACROLIMUS ■					
Pom. Top. 02244149	Protopic	Leo	60 g	0,03 % 129,00	0,03 % 2,1500
Pom. Top. 02244148	Protopic	Leo	60 g	0,1 % 138,00	0,1 % 2,3000
Tadalafil ■					
Co.				20 mg PPB	
02338327	Adcirca	Lilly	56	680,81	12,1573
02421933	Apo-Tadalafil PAH	Apotex	60	607,37	10,1228

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TAFAMIDIS 

Caps.

02517841	Vyndamax	Pfizer	30	61 mg 16028,40	534,2800
----------	----------	--------	----	-------------------	----------

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.

			14 mg	PPB	
02500639	<i>Apo-Teriflunomide</i>	Apotex	28	418,04 ➡	14,9300
02504170	<i>Jamp Teriflunomide</i>	Jamp	28	418,04 ➡	14,9300
02500469	<i>Mar-Teriflunomide</i>	Marcan	28	418,04 ➡	14,9300
02523833	<i>M-Teriflunomide</i>	Mantra Ph.	30	447,90 ➡	14,9300
02500310	<i>NAT-Teriflunomide</i>	Natco	28	418,04 ➡	14,9300
02500434	<i>pms-Teriflunomide</i>	Phmscience	30	447,90 ➡	14,9300
02505843	<i>Sandoz Teriflunomide</i>	Sandoz	28	418,04 ➡	14,9300
02501090	<i>Teva-Teriflunomide</i>	Teva Can	28	418,04 ➡	14,9300
			30	447,90 ➡	14,9300

TÉRIPARATIDE 

Sol. Inj. S.C.

250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL) PPB

02498804	<i>Apo-Tériparatide injectable</i>	Apotex	1	565,26	
02486423	<i>Teva-Tériparatide injectable</i>	Teva Can	1	565,26	

TÉRIPARATIDE (BIOSIMILAIRE) 

Sol. Inj. S.C.

250 mcg/mL (2,4 mL)

02495589	Osnuvo	Avir	1	565,26	
----------	--------	------	---	--------	--

TÉZÉPÉLUMAB 

Sol. Inj. S.C.

110 mg/mL (1,91 mL)

02529548	<i>Tezspire (seringue)</i>	AZC	1	1938,46	
02529556	<i>Tezspire (stylo)</i>	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	R
----------	-----------------	---------	----	-------------------	---

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	
----------	---------------	------------	---	-----------------------------	--

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

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.

02365154	<i>Tobi Podhaler</i>	BGP Pharma	224	28 mg 2880,36	
----------	----------------------	------------	-----	------------------	--

Sol. pour Inh.

02389622	<i>Teva-Tobramycin</i>	Teva Can	56	300 mg/5 mL 1533,36	PPB 27,3814
02239630	<i>Tobi</i>	BGP Pharma	56	2880,36	51,4350

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TOCILIZUMAB ⁴

Sol. Inj. S.C. (ser)

02552493	Tyenne	Fresenius	1 4	162 mg/0,9 mL 244,95 979,81	244,9525
----------	--------	-----------	--------	-----------------------------------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

02552485	Tyenne	Fresenius	1 4	162 mg/0,9 mL 242,29 969,15	242,2875
----------	--------	-----------	--------	-----------------------------------	----------

Sol. Perf. I.V.

02552450	Tyenne	Fresenius	1	20 mg/mL (4 mL) 124,76
----------	--------	-----------	---	---------------------------

Sol. Perf. I.V.

02552469	Tyenne	Fresenius	1	20 mg/mL (10 mL) 311,90
----------	--------	-----------	---	----------------------------

Sol. Perf. I.V.

02552477	Tyenne	Fresenius	1	20 mg/mL (20 mL) 623,81
----------	--------	-----------	---	----------------------------

TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA) ⁵

Caps.

99002396			100	100 UI
----------	--	--	-----	--------

Caps.

99002418			100	200 UI
----------	--	--	-----	--------

Caps.

99002426			100	400 UI
----------	--	--	-----	--------

Co. Croq.

99100202			90	200 UI
----------	--	--	----	--------

Sol. Orale

99002469			25 ml	50 UI/mL
----------	--	--	-------	----------

⁵ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TOFACITINIB (CITRATE DE) 

Co.

				5 mg	PPB
02530007	<i>Auro-Tofacitinib</i>	AuroPharma	60	359,38	5,9897
02522896	<i>JAMP Tofacitinib</i>	Jamp	60	359,38	5,9897
02522799	<i>pms-Tofacitinib</i>	Phmscience	60	359,38	5,9897
02551691	<i>Sandoz Tofacitinib</i>	Sandoz	60	359,38	5,9897
02511304	<i>Taro-Tofacitinib</i>	Taro	60	359,38	5,9897
			180	1078,14	5,9897
02423898	<i>Xeljanz</i>	Pfizer	60	1385,79	23,0965

Co.

				10 mg	PPB
*	02530015	<i>Auro-Tofacitinib</i>	AuroPharma	60	635,15
	02551705	<i>Sandoz Tofacitinib</i>	Sandoz	60	635,15
	02511312	<i>Taro-Tofacitinib</i>	Taro	60	635,15
	02480786	<i>Xeljanz</i>	Pfizer	60	2540,62

Co. L.A.

				11 mg	PPB
	02553988	<i>Taro-Tofacitinib XR</i>	Taro	30	817,52
	02470608	<i>Xeljanz XR</i>	Pfizer	30	1385,79

TRAMÉTINIB 

Co.

02409623	<i>Mekinist</i>	Novartis	30	2175,00	72,5000
----------	-----------------	----------	----	---------	---------

Co.

02409658	<i>Mekinist</i>	Novartis	30	8700,00	290,0000
----------	-----------------	----------	----	---------	----------

TREPROSTINIL SODIQUE 

Sol. Inj.

02246552	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	1 mg/mL	900,00
----------	------------------	--------	-------	---------	--------

Sol. Inj.

02246553	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	2,5 mg/mL	2250,00
----------	------------------	--------	-------	-----------	---------

Sol. Inj.

02246554	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	5 mg/mL	4500,00
----------	------------------	--------	-------	---------	---------

Sol. Inj.

02246555	<i>Remodulin</i>	U.T.C.	20 ml	10 mg/mL	9000,00
----------	------------------	--------	-------	----------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TRÉTINOÏNE

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-Trentine	Marcan	100	250 mg PPB	2000,00	20,0000
02515067	Waymade-Trentine	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

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
----------	--------	--------	----	-------	---------	---------

Co. L.A.

02539721	Rinvoq	AbbVie	28	45 mg	2850,68	101,8100
----------	--------	--------	----	-------	---------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

USTEKINUMAB (COLITE ULCÉREUSE ET MALADIE DE CROHN) 

Sol. Inj. S.C.

99114452	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114512	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114313	<i>Weziana</i>	Amgen	1	2755,88	
+ 99114529	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	

45 mg/0,5 mL

Sol. Inj. S.C. (ser)

99114454	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114515	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
99114386	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114312	<i>Weziana</i>	Amgen	1	2755,88	
+ 99114531	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	

45 mg/0,5 mL

Sol. Inj. S.C. (ser)

99114456	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114502	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
99114387	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114314	<i>Weziana</i>	Amgen	1	2755,88	
+ 99114532	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	

90 mg/1 mL

Sol. Inj. S.C. (stylo)

99114443	<i>Weziana</i>	Amgen	1	2755,88	
----------	----------------	-------	---	---------	--

45 mg/0,5 mL

Sol. Inj. S.C. (stylo)

99114444	<i>Weziana</i>	Amgen	1	2755,88	
----------	----------------	-------	---	---------	--

90 mg/1 mL

Sol. Perf. I.V.

02553120	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	1248,00	
99114503	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	1248,00	
02550261	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	1248,00	
02544210	<i>Weziana</i>	Amgen	1	1248,00	
+ 99114533	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	1248,00	

5 mg/mL (26 mL)

USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ENFANTS) 

Sol. Inj. S.C.

99114453	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114511	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114447	<i>Weziana</i>	Amgen	1	2755,88	

45 mg/0,5 mL

Sol. Inj. S.C. (ser)

99114455	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114513	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114450	<i>Weziana</i>	Amgen	1	2755,88	

45 mg/0,5 mL

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/1 mL	
99114457	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
99114514	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
99114448	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				45 mg/0,5 mL	
99114445	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				90 mg/1 mL	
99114446	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
USTEKINUMAB (PSORIASIS EN PLAQUES ET ARTHRITE PSORIASIQUE) 					
Sol. Inj. S.C.				45 mg/0,5 mL	
02558270	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
02544202	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
+ 02562081	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser)				45 mg/0,5 mL	
02543036	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
02554283	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
02550245	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
02544180	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
+ 99114530	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/1 mL	
02543044	<i>Jamteki</i>	Jamp	1	2755,88	
02554291	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	2755,88	
02550253	<i>Steqeyma</i>	Celltrion	1	2755,88	
02544199	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
+ 02562103	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				45 mg/0,5 mL	
02553317	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Inj. S.C. (stylo)				90 mg/1 mL	
02553309	<i>Wezlana</i>	Amgen	1	2755,88	
Sol. Perf. I.V.				5 mg/mL (26 mL)	
02554305	<i>Otulfi</i>	Fresenius	1	1248,00	
+ 02562111	<i>Yesintek</i>	Biocon	1	1248,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VEDOLIZUMAB 

Pd. Perf. I.V.

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	1645,00 822,50	822,5000
			1	1645,00	822,5000
			2		

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
----------	-----------	--------	-----	----------------------------	---------

Trousse (orale solide)

10 mg (14 Co.), 50 mg (7 Co.) et 100 mg (21 Co.)

02458063	Venclexta	AbbVie	1	1760,88	
----------	-----------	--------	---	---------	--

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
----------	---------	-------	----	-----------------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VERTÉPORFINE 

Pd. Inj. I.V.

02242367	Visudyne	Cheplaphar	1	15 mg	1703,10
----------	----------	------------	---	-------	---------

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINUM (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)/UMÉCLIDINUM (BROMURE D') 

Pd. pour Inh. (App.)

25 mcg - 62,5 mcg/dose

02418401	Anoro Ellipta	GSK	30 dose(s)	63,00
----------	---------------	-----	------------	-------

VISMODEGIB 

Caps.

150 mg

02409267	Erivedge	Roche	28	8238,26	294,2236
----------	----------	-------	----	---------	----------

VORICONAZOLE 

Co.

50 mg

PPB

* 02525771	Jamp Voriconazole	Jamp	30	203,45	6,7818
* 02399245	Sandoz Voriconazole	Sandoz	30	203,45	6,7818
02396866	Teva-Voriconazole	Teva Can	30	95,87	R
02256460	Vfend	Pfizer	30	370,53	12,3510

Co.

200 mg

PPB

* 02525798	Jamp Voriconazole	Jamp	30	794,42	26,4807
* 02399253	Sandoz Voriconazole	Sandoz	30	794,42	26,4807
02396874	Teva-Voriconazole	Teva Can	30	383,33	R
02256479	Vfend	Pfizer	30	1481,49	49,3830

Pd. Perf. I.V.

200 mg

PPB

02256487	Vfend	Pfizer	1	145,55	
02477696	Voriconazole pour injection	Jamp	1	136,58	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VUTRISIRAN 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02542420	Amvuttra	Alnylam	50 mg/mL (0,5 mL)	1	143041,00
----------	----------	---------	-------------------	---	-----------

ZANUBRUTINIB 

Caps.

02512963	Brukinsa	BeiGene	80 mg	120	8158,00	67,9833
----------	----------	---------	-------	-----	---------	---------

Co.

02554267	Brukinsa	BeiGene	160 mg	60	8158,00	135,9666
----------	----------	---------	--------	----	---------	----------

ZILUCOPLAN 

Sol. Inj. S.C. (ser)

02549220	Zilbrysq	U.C.B.	40 mg /mL (0,416 mL)	7	4551,90	650,2718
----------	----------	--------	----------------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02549239	Zilbrysq	U.C.B.	40 mg /mL (0,574 mL)	7	6306,85	900,9790
----------	----------	--------	----------------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (ser)

02549247	Zilbrysq	U.C.B.	40 mg /mL (0,810 mL)	7	8884,44	1269,2052
----------	----------	--------	----------------------	---	---------	-----------

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE) 

Sol. Perf. I.V.

02422425	Acide zolédronique pour injection	Dr Reddy's	5 ml	►	134,61	4 mg/5 mL PPB
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.

02422433	Acide zolédronique injectable	Dr Reddy's	1	►	335,40	5 mg/ 100 mL PPB
02269198	Aclasta	Sandoz	1		668,60	

FOURNITURES

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FOURNITURES ⁶

AIGUILLE JETABLE AVEC DISPOSITIF DE SÉCURITÉ POUR AUTO-INJECTEUR D'INSULINE ⁹

99100517			1		
----------	--	--	---	--	--

AIGUILLE JETABLE POUR AUTO-INJECTEUR

99002108			1		
----------	--	--	---	--	--

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES DE MÉTHOTREXATE

99101194			1		
----------	--	--	---	--	--

CHAMBRE D'ESPACEMENT ²⁸

99002116			1		
----------	--	--	---	--	--

CHAMBRE D'ESPACEMENT ET MASQUE ²⁹

99002124			1		
----------	--	--	---	--	--

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT EN SITUATION D'URGENCE ²³

99113729			1		
----------	--	--	---	--	--

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN ²³

99113726			1		
----------	--	--	---	--	--

6 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

9 Le remboursement de ce type de fourniture est permis pour les personnes porteuses d'une infection transmissible par le sang.

28 Si cette fourniture est utilisée dans le cadre du Service d'intervention d'urgence, veuillez utiliser le code de facturation : 99114329.

29 Si cette fourniture est utilisée dans le cadre du Service d'intervention d'urgence, veuillez utiliser le code de facturation : 99114330.

23 Prix maximal remboursable : 0,50. Aucun excédent ne peut être réclamé à la personne assurée, même si le prix d'acquisition excède ce prix maximal remboursable.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

HÉPARINE SODIQUE

Sol. rinçage (ser.)

99113757	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	10 U/mL (3 et 5 mL)		
			3 ml	0,68	
			5 ml	0,67	

Sol. rinçage (ser.)

99113759	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	100 U/mL (3 et 5 mL)		
			3 ml	0,69	
			5 ml	0,70	

MASQUE POUR CHAMBRE D'ESPACEMENT

99003643			1		
----------	--	--	---	--	--

PAILLES DE PRÉLÈVEMENT ENFIT

Paille

99114343			> 2 mm de diamètre		
			1		

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE POUR INSULINE

99002132			1	0,25 cc	
----------	--	--	---	---------	--

99002140			1	0,3 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002159			1	0,5 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002167			1	1,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE RÉTRACTABLE ¹³

99101335			1	3 cc	
----------	--	--	---	------	--

SERINGUE ET AIGUILLE(S) JETABLES

99002345			1	1,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

13 Les seringues et aiguilles rétractables sont remboursables uniquement lorsque facturées pour l'administration du naloxone (chlorhydrate de).

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99002558			1	2,0 cc	
99002205			1	3 cc	
99002213			1	5 cc	
99002221			1	10 cc	
SERINGUE JETABLE (SANS AIGUILLE)					
99002337			1	1,0 cc	
99002531			1	2,0 cc	
99002175			1	3 cc	
99002183			1	5 cc	
99002191			1	10 cc	
99100668			1	20 cc	
99100669			1	30 cc à 50 cc	
SERINGUES NON STÉRILES ENFIT					
99114344	Seringue		1	1 mL	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue 99114345			1	3 mL	
Seringue 99114346			1	6 mL	
Seringue 99114347			1	12 mL	
Seringue 99114348			1	35 mL	
Seringue 99114349			1	60 mL	

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. de rinçage

99100499	<i>BD Saline SP NaCl 0.9 %</i>	B-D	3 ml	0,9 %	PPB
99100894	<i>Chlorure de Sodium</i>	MedXL	5 ml		
			10 ml		
			3 ml	►	0,85
			5 ml	►	0,90
			10 ml	►	0,95

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL 6

AMPHOTÉRICINE B 

Pd. Inj.

99100416			20 ml	50 mg	
----------	--	--	-------	-------	--

CLOMIFÈNE (CITRATE DE) 

Pd.

99113918			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

CYCLOPHOSPHAMIDE 

Pd. Inj. I.V.

+ 99114555			1 g		
------------	--	--	-----	--	--

CYCLOSPORINE 

Sol. Inj.

99100387			1		
----------	--	--	---	--	--

CYSTÉAMINE 

Pd.

99113753			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE) 

Pd.

99114475			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Liq. oral

99113920			1 ml		
----------	--	--	------	--	--

ÉRYTHRHYOMYCINE 

Pd. (usage externe)

99100163			2 g		
----------	--	--	-----	--	--

GABAPENTINE 

Pd.

99100435			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

6 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

GOUDRON MINÉRAL

00897361			25 g		
----------	--	--	------	--	--

GOUDRON VÉGÉTAL

00908169			100 ml		
----------	--	--	--------	--	--

HYDROCORTISONE

00900761			5 g		
----------	--	--	-----	--	--

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 

00906689			10 g		
----------	--	--	------	--	--

HYDROXYURÉE 

Pd.

99100776			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

LIQUOR CARBONIS DETERGENS

00903256			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) 

Pd.

00907561	Méthadone		1	1 g à 100 g	
----------	-----------	--	---	-------------	--

MÉTRONIDAZOLE 

Pd.

99100428			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

MITOMYCINE 

Pd. Inj.

99004518			1		
----------	--	--	---	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
NIFÉDIPINE Pd. 99113740			1 g		
PREDNISONE Pd. 99114476			1 g		
PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE) Pd. 99114478			1 ml	100 mg/mL	
SALICYLIQUE (ACIDE) 00901164			50 g		
SODIUM (BENZOATE DE) - INGRÉDIENT ACTIF Pd. 99101236			100 g		
SOUFRE (COLLOÏDAL) 00901725			50 g		
SOUFRE (PRÉCIPITÉ) 00901733			500 g		
SOUFRE (SUBLIMÉ) 00896217			125 g		
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 ADJUVANTS⁶

ACIDE CITRIQUE

Pd.

99001500			50 g		
----------	--	--	------	--	--

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES

99005077			100		
----------	--	--	-----	--	--

APPLICATEUR VAGINAL

99114269			1		
----------	--	--	---	--	--

BASES/ ÉMULSIONS²²

99101014			1		
----------	--	--	---	--	--

BICARBONATE DE SODIUM

Pd.

99100058			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

Sol. Inj.

+ 99114549			1 ml		8,4 %
------------	--	--	------	--	-------

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		
----------	--	--	---	--	--

POLYSORBATE 80

Liq.

+ 99114548			1 ml		
------------	--	--	------	--	--

PROPYLÈNEGLYCOL

00903353			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

SAC VIDE POUR SOLUTE

Sac

99002299			1		
----------	--	--	---	--	--

SERINGUE POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION

99002302			1		
----------	--	--	---	--	--

SIROP SIMPLE

00905038			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

SODIUM (BENZOATE DE) - ADJUVANT

Pd.

99001535			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. Inj.

0,9 %

99002310			500 ml 1000 ml		
----------	--	--	-------------------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SODIUM (CHLORURE DE) (MINI-SAC)

Sol. Inj.

00921300			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml	0,9 %	
----------	--	--	------------------------------------	-------	--

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		
----------	--	--	------	--	--

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		
----------	--	--	------	--	--

