

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	iTest	Auto. Cont.	50	32,50		
			100	63,00		
99100497	Nova-Max	NovaBiomed	50	34,95		
			100	69,90		
99100479	On-Call Plus	Acon	25	17,50		
			50	33,50		
			100	63,00		
99101314	On Call Vivid	Lab. Paris	50	27,00		
			100	54,00		
99100714	TRUEtest	Nipro Diag	50	27,00		

La personne doit avoir commencé un traitement et reçu un remboursement dans les douze (12) mois précédent le 3 février 2021.

