22 mai 2025

CODES DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

Votre gouvernement

Régie de l'assurance maladie Québec

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISSN 1913-2808
ISBN 978-2-555-01184-7

Québec, le 22 mai 2025

Codification et indications reconnues pour le paiement

Introduction....1

AI-Anti - infectieux - Usage systémique ou topique....3

CV-Système cardiovasculaire....11

DE-Dermatologie....19

EN-Endocrinologie....41

GI-Système gastro-intestinal....53

GU-Système génito-urinaire....61

GY-Gynécologie....67

HE-Hématologie....75

MS-Système musculo-squelettique....81

ON-Oncologie/antinéoplasiques....87

OP-Ophtalmologie....93

RE-Système respiratoire....101

SN-Système nerveux autonome ou central....115

VA-Varia....137

Index alphabétique

INTRODUCTION

Comme prescripteur, vous pouvez obtenir le remboursement de certains médicaments d'exception sans délai en inscrivant sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Toutefois, nous autorisons le paiement du médicament d'exception codifié uniquement lorsque l'indication de paiement correspond à l'état de santé du patient.

Vous êtes responsable de l'exactitude du code choisi et de son utilisation.

La codification s'adresse uniquement aux personnes admissibles et inscrites au régime public d'assurance médicaments. Ainsi, les assureurs privés ne sont pas tenus de la considérer.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Processus continu de codification

Nous avons mis en place un processus continu de codification en raison de ses bénéfices importants pour vous et pour la personne assurée. Ce processus permet la sélection des médicaments d'exception à codifier.

Deux fois par an, nous analysons tous les médicaments d'exception non codifiés pour vérifier le niveau de risque associé à leur éventuelle codification. Lorsque les médicaments d'exception se qualifient pour la codification, nous les ajoutons au répertoire des *Codes des médicaments d'exception*.

Processus de suivi

Afin de remplir notre rôle de surveillance, nous avons développé un processus de suivi des médicaments d'exception codifiés. Il vise à s'assurer d'une utilisation conforme des codes au regard des indications de paiement déterminées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Ce processus de suivi comprend deux volets. D'abord, nous mesurons le volume d'utilisation des codes et le comparons aux prévisions établies. Ensuite, nous effectuons un suivi de la conformité de l'utilisation d'un code en lien avec son indication de paiement reconnue.

Après analyse des écarts observés, s'il y a lieu, nous pouvons prendre des mesures de redressement advenant l'utilisation inadéquate d'un code.

Mode de classement

Ce répertoire présente les médicaments d'exception codifiés par classe anatomique, puis par ordre alphabétique de dénomination commune. Les marques de commerce se trouvent sous chaque dénomination commune.

Le système de codification comporte **deux lettres**, qui représentent la classe anatomique, **suivies de chiffres** formant un numéro séquentiel.

Pour faciliter la recherche, nous avons ajouté un index alphabétique des dénominations communes (en gras) et des noms de commerce des médicaments d'exception codifiés à la fin du document.

Utilisation de la codification

Chaque code du répertoire des *Codes des médicaments d'exception* est accompagné d'informations détaillées qui encadrent son utilisation. **Il est de votre responsabilité de respecter l'indication reconnue pour le paiement liée au code utilisé**.

Marche à suivre pour les prescripteurs avec accès au service en ligne

Lorsque vous rédigez une ordonnance pour un médicament d'exception codifié :

1. Connectez-vous au service en ligne Patient et médicaments d'exception.

2. Commencez une demande d'autorisation pour le médicament que vous désirez prescrire. Si le médicament est codifié, le code du médicament et les indications associées s'affichent.

3. Inscrivez sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Sur présentation de l'ordonnance en pharmacie, nous autoriserons automatiquement le paiement **pour la durée de l'ordonnance**, à moins qu'une période de validité spécifique ne soit mentionnée dans le répertoire.

   Si la condition médicale de votre patient ne correspond pas aux indications reconnues pour le paiement du médicament d'exception codifié, vous devrez soumettre une demande d'autorisation de paiement pour les mesures des médicaments d'exception ou du patient d'exception. Inscrivez alors le code « XX » sur l'ordonnance. Le pharmacien sera ainsi avisé que l'ordonnance ne peut pas être codifiée. Pour plus d'information sur les mesures des médicaments d'exception et du patient d'exception, consultez la page d'information à ce sujet sur notre site Web, dans la section réservée à votre profession.

Lors d'un **renouvellement d'ordonnance,** vous devez répéter ces étapes. Pensez à réinscrire le code sur l'ordonnance afin de confirmer que la condition médicale du patient correspond toujours à l'indication de paiement.

Marche à suivre pour les prescripteurs sans accès au service en ligne

Lorsque vous rédigez une ordonnance pour un médicament d'exception codifié :

1. Consultez le présent répertoire des Codes des médicaments d'exception.

2. Repérez le médicament que vous désirez prescrire.

3. Déterminez l'**indication reconnue pour le paiement** qui correspond exactement à la condition médicale de la personne visée. Trouvez le **code** associé, qui est formé de 2 lettres et de 2 ou 3 chiffres.

4. Inscrivez sur l'ordonnance le code correspondant à l'indication de paiement. Sur présentation de l'ordonnance en pharmacie, nous autoriserons automatiquement le paiement **pour la durée de l'ordonnance**, à moins qu'une période de validité spécifique ne soit mentionnée dans le répertoire. Les autorisations de paiement pour les conditions médicales qui **ne correspondent pas** aux indications reconnues pour le paiement du médicament d'exception codifié (code « XX » sur l'ordonnance) sont délivrées via le service en ligne Patient et médicaments d'exception. Si vous n'y avez pas accès, consultez la section Autorisation de paiement de la page Mesures des médicaments d'exception et du patient d'exception de votre profession pour connaître la marche à suivre.

Lors d'un **renouvellement d'ordonnance,** vous devez répéter ces étapes. Pensez à réinscrire le code sur l'ordonnance afin de confirmer que la condition médicale du patient correspond toujours à l'indication de paiement.

Exemples d'utilisation de la codification – Médicaments d'exception codifiés

Cas nº 1

Enfant de 7 ans atteint de dermatite atopique et qui présente un échec à la crème d'hydrocortisone 1 %. Le prescripteur désire prescrire un médicament d'exception, soit le tacrolimus topique (Protopic[MC]).

Étapes à suivre :

1. Le prescripteur consulte le répertoire des *Codes des médicaments d'exception*.

2. Il repère le médicament qu'il désire prescrire grâce au mode de classement.

3. Il constate que le tacrolimus est codifié et que la condition médicale de l'enfant correspond à l'indication reconnue pour le paiement associée au code DE56.

4. Le code DE56 correspond au traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors de l'échec à un traitement par un corticostéroïde topique

5. Le prescripteur inscrit le code DE56 sur l'ordonnance. L'autorisation de paiement est alors valide pour toute la durée de cette ordonnance.

Cas nº 2

Homme de 40 ans présentant des lésions de psoriasis aux bras qui persistent malgré l'utilisation de multiples corticostéroïdes topiques, dont la crème de betaméthasone (Betaderm[MC]) et la crème de triamcinolone (Aristocort C[MC]). Le prescripteur veut prescrire du tacrolimus topique (Protopic[MC]).

Étapes à suivre :

1. Le prescripteur consulte le répertoire des *Codes des médicaments d'exception*.

2. Il repère le médicament qu'il désire prescrire grâce au mode de classement.

   Il constate que le tacrolimus est codifié, mais la condition médicale de son patient (psoriasis) ne correspond à aucune indication reconnue pour son paiement. **Les indications reconnues sont les suivantes** :

   - **DE56 :** Pour le traitement de la dermatite atopique chez les enfants lors de l'échec à un traitement par un corticostéroïde topique

   - **DE57 :** Pour le traitement de la dermatite atopique chez l'adulte, lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance intermédiaire ou plus, ou lors de l'échec à au moins deux traitements avec un corticostéroïde topique différent de puissance faible au visage.

3. Il inscrit le code « XX » sur l'ordonnance pour aviser le pharmacien que l'ordonnance ne peut pas être codifiée.

   Il consulte le site Web de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour s'informer au sujet de la mesure du patient d'exception. Il estime que la situation du patient correspond aux conditions de la mesure. Pour obtenir une autorisation de paiement, il utilise le service en ligne Patient et médicaments d'exception.

AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

AA-Adefovir [adéfovir dipivoxil] 7
ADÉFOVIR DIPIVOXIL....7
Apo-Linezolid [linezolide] 9
Cancidas [caspofongine (acétate de)] 7
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)....7
Caspofongine pour injection [caspofongine (acétate de)] 7
Cresemba [isavuconazole] 8
Dificid [fidaxomicine] 8
Diflucan [fluconazole] 8
FIDAXOMICINE....8
FLUCONAZOLE....8
Hepsera [adéfovir dipivoxil] 7
ISAVUCONAZOLE....8
Jamp Linezolid [linezolide] 9
Jamp Voriconazole [voriconazole] 10
Linezolid Injection [linezolide] 9
LINEZOLIDE....9
Sandoz Linezolid [linezolide] 9
Sandoz Voriconazole [voriconazole] 10
Teva-Tobramycin [tobramycine (sulfate de)] 9
Teva-Voriconazole [voriconazole] 10
Tobi [tobramycine (sulfate de)] 9
Tobi Podhaler [tobramycine (sulfate de)] 10
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)....9
Tobramycine (sulfate de) [tobramycine (sulfate de)] 9
Vfend [voriconazole] 10
VORICONAZOLE....10
Voriconazole pour injection [voriconazole] 10
Zyvoxam [linezolide] 9

ADÉFOVIR DIPIVOXIL

AA-Adefovir
Hepsera

AI125

Pour le traitement de l'hépatite B chronique chez les personnes :

- ayant une **résistance à la lamivudine** définie par un des éléments suivants :
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, confirmée par un deuxième test un mois plus tard;
  - une épreuve de laboratoire qui démontre la résistance à la lamivudine;
  - une augmentation de 1 log du VHB-ADN sous traitement à la lamivudine, avec une virémie supérieure à 20 000 UI/mL;
- ayant une cirrhose décompensée ou à risque de décompensation, avec un score de Child-Pugh > 6;
- ayant subi une transplantation hépatique ou ayant eu une infection du greffon par le virus de l'hépatite B;
- infectées par le VIH, mais non traitées avec des antirétroviraux pour cette maladie;
- ne présentant pas de résistance à la lamivudine et ayant une charge virale supérieure à 20 000 UI/mL (HBeAg-positif) ou à 2 000 UI/mL (HBeAg-négatif), avant le début du traitement;

CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)

Cancidas
Caspofongine pour injection

AI79

Pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention;

AI80

Pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole;

AI86

Pour le traitement de la candidose oesophagienne chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à l'itraconazole ou au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B;

FIDAXOMICINE
Dificid

AI582

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 égal ou supérieur à 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.

  *Note : en cas de **deuxième récidive ou plus** (récidives multiples), le code ne doit pas être appliqué.*

  ou
- une allergie à la vancomycine;

Ce code donne accès au remboursement d'un maximum de 20 comprimés de 200 mg par épisode d'infection.

FLUCONAZOLE
Susp. Orale
Diflucan

AI8

Pour le traitement de la candidose oesophagienne;

AI9

Pour le traitement de la candidose oropharyngée pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;

AI10

Pour le traitement d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole;

ISAVUCONAZOLE
Cresemba

AI74

Pour le traitement de l'aspergillose invasive;

AI299

Pour le traitement de la mucormycose invasive.

LINEZOLIDE
Co.
Apo-Linezolid
Jamp Linezolid
Sandoz Linezolid

AI69

Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée;

AI70

Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine;

AI160

Pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier.

LINEZOLIDE
Sol. Perf. I.V.
Linezolid Injection
Zyvoxam

AI71

Pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée et que le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;

AI72

Pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine lorsque le linézolide par la voie orale ne peut être utilisé;

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)
Sol. pour Inh.
Teva-Tobramycin
Tobi
Tobramycine (sulfate de)

AI90

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;

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)
Pd. pour Inh.
Tobi Podhaler

AI90

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;

VORICONAZOLE
Jamp Voriconazole
Sandoz Voriconazole
Teva-Voriconazole
Vfend
Voriconazole pour injection

AI74

Pour le traitement de l'aspergillose invasive;

AI76

Pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B;

CV – Système cardiovasculaire

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

AG-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
AG-Ticagrelor [ticagrélor] 17
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')....15
Apo-Colesevelam [colésévélam (chlorhydrate de)] 15
Apo-Dabigatran [dabigatran etexilate] 15
Apo-Dapagliflozine [dapagliflozine] 15
Apo-Ticagrelor [ticagrélor] 17
Auro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Brilinta [ticagrélor] 17
COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)....15
DABIGATRAN ETEXILATE....15
DAPAGLIFLOZINE....15
DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)....16
EDOXABAN....16
Entresto [sacubitril/valsartan] 17
Forxiga [dapagliflozine] 15
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
JAMP Pentoxifylline SR [pentoxifylline] 16
Jamp Prasugrel [prasugrel] 16
JAMP Ticagrelor [ticagrélor] 17
Lixiana [edoxaban] 16
Lodalis [colésévélam (chlorhydrate de)] 15
M-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
M-Ticagrelor [ticagrélor] 17
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
pdp-AMLODIPINE [amlodipine (bésylate d')] 15
PENTOXIFYLLINE....16
Pentoxifylline SR [pentoxifylline] 16
pms-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Pradaxa [dabigatran etexilate] 15
PRASUGREL....16
Pro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Riva-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
SACUBITRIL/VALSARTAN....17
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Taro-Dipyridamole/ASA [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)] 16
Taro-Ticagrelor [ticagrélor] 17
TICAGRÉLOR....17

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')

Sol. Orale
pdp-AMLODIPINE

CV439

Chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés;

COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)

Apo-Colesevelam
Lodalis

CV163

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).

Note : L'usage du colésévélam pour les personnes dont le **risque cardiovasculaire est faible ou moyen** ne correspond pas à l'indication de paiement. Dans ce cas, utilisez **le service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement dans le cadre de la mesure du patient d'exception.

DABIGATRAN ETEXILATE

Apo-Dabigatran
Pradaxa

CV155

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.

DAPAGLIFLOZINE

AG-Dapagliflozin
Apo-Dapagliflozine
Auro-Dapagliflozin
Forxiga
GLN-Dapagliflozin
JAMP Dapagliflozin
M-Dapagliflozin
NRA-Dapagliflozin
Pro-Dapagliflozin
Riva-Dapagliflozin
Sandoz Dapagliflozin
pms-Dapagliflozin

CV399

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
- 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.

*Note: L'usage de la dapagliflozine pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de **classe I ou IV** de la NYHA ne correspond pas à l'indication de paiement.*

DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)

Taro-Dipyridamole/ASA

CV14

Pour la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les personnes ayant déjà subi un AVC ou une ischémie cérébrale transitoire;

EDOXABAN

Lixiana

CV155

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.

CV239

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

*Note : Pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois, utilisez **le service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement dans le cadre de la mesure du patient d'exception.*

Période d'autorisation : 12 mois

PENTOXIFYLLINE

JAMP Pentoxifylline SR
Pentoxifylline SR

CV15

Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);

CV16

Pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques lors d'insuffisance artérielle avec ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos;

PRASUGREL

Jamp Prasugrel

CV152

Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, **en association avec l'acide acétylsalicylique**, chez les personnes pour lesquelles une **angioplastie percutanée coronarienne** a été effectuée lors d'un syndrome coronarien aigu.

*Note : Pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois, utilisez **le service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement dans le cadre de la mesure du patient d'exception.*

Période d'autorisation : 12 mois.

SACUBITRIL/VALSARTAN
Entresto

CV419

Pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardique 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.

*Note : L'usage du sacubitril/valsartan pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardique de **classe I ou IV** de la NYHA ne correspond pas à l'indication de paiement.*

TICAGRÉLOR
AG-Ticagrelor
Apo-Ticagrelor
Brilinta
JAMP Ticagrelor
M-Ticagrelor
Taro-Ticagrelor

CV161

Pour la prévention des manifestations vasculaires ischémiques, **en association avec l'acide acétylsalicylique**, chez les personnes présentant un syndrome coronarien aigu.

*Note : Pour poursuivre le traitement au-delà de 12 mois, utilisez **le service en ligne Patient et médicaments d'exception** pour soumettre une demande d'autorisation de paiement dans le cadre de la mesure du patient d'exception.*

Période d'autorisation : 12 mois.

DE – Dermatologie

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm2) [pansement antimicrobien - argent] 35
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²) [pansement anti-odeur - charbon activé] 38
Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²) [pansement anti-odeur - charbon activé] 38
Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²) [pansement anti-odeur - charbon activé] 38
Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algisite M 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (30 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 33
Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 33
Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 33
Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Arazlo [tazarotène] 40
AZÉLAÏQUE (ACIDE)....29
Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2") [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (12.5 cm x 12.5 cm - 156.25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)....29
COLLAGÉNASE....29
Collagénase [collagénase] 29
Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Dovobet [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Dovobet Gel [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Duobrii [halobétasol (proprionate d')/tazarotène] 29
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm2) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 39
DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 39
DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 39
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Elidel [pimécrolimus] 39
Enstilar [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Finacea [azélaïque (acide)] 29
Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE.....29
Iodosorb [pansement antimicrobien - iode] 36
Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kaltostat 40 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kaltotstat (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kaltotstat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kerracel (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Melgisorb Plus 45 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mesalt (1 m) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Pansement à l'alginate de calcium 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Pansement à l'alginate de calcium 60 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Pansement à l'alginate de calcium 90 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM....30
PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES....31
PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION....32
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE....33
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES....33
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION....34
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT....35
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE....36
PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT....37
PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ....38
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE....38
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE....39
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE....39
PIMÉCROLIMUS....39
Protopic [tacrolimus] 39
Retin-A [trétinoïne] 40
Santyl [collagénase] 29
Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm- 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Stieva-A [trétinoïne] 40
TACROLIMUS....39
Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
TAZAROTÈNE....40
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm² [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm² [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm² [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm² [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm² [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Teva-Betamethasone/Calcipotriol [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
TRÉTINOÏNE.....40
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
UrgoTul Ag(10 cm x 12 cm - 120 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoTul Ag(15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Vitamin A Acid Gel Doux [trétinoïne] 40

AZÉLAÏQUE (ACIDE)
Finacea

DE164

Pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace, contre-indiqué ou mal tolérée;

CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)
Dovobet
Dovobet Gel
Enstilar
Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel
Teva-Betamethasone/Calcipotriol

DE128

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.

COLLAGÉNASE
Collagénase
Santyl

DE158

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

Période d'autorisation : 60 jours

HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE
Duobrii

DE128

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.

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM

Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²)
Mesalt (1 m)
Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
Algisite M 30 cm
Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Algosteril (30 cm)
Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)
Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)
Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)
Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2")
Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Exufiber (2 cm x 45 cm)
Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Kaltostat 40 cm
Kaltotstat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Kaltotstat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)
Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm²)
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²)
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm²)
Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)
Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)
Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm²)
Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²)
Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Kerracel (2 cm x 45 cm)
Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)
Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)
Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)
Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)
Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Melgisorb Plus 45 cm
Pansement à l'alginate de calcium 30 cm
Pansement à l'alginate de calcium 60 cm
Pansement à l'alginate de calcium 90 cm
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm²
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm²
Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)
Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²)
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Biatain Silicone Non-Border (12.5 cm x 12.5 cm - 156.25 cm²)
Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²)
Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²)
Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)
Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)
Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)
Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)
Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)
Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)
Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²)
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)
Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm²)
Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm²)
Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm²)
Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm²)
Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm²)
Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)
Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)
Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)
Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)
Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)
Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²)
Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)
Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²)
Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)
Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)
Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm²
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²
UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE

Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm²)
Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm²)
Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES

Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²)
Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²)
Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²)
Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)
Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²)
Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)
Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)
Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)
Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²)
Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)
Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm²)
Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm²)
Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm²)
Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm²)
Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)
Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)
Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)
Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)
Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)
Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)
Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm2)
Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)
Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)
Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)
Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)
Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)
Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)
Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)
Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)
Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)
Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm2)
Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm2)
Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm2)
Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm2)
Allevyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm2)
Allevyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm2)
Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)
Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)
Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)
Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)
Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)
Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)
Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)
Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²)
Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)
Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)
Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)
Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)
Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)
Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm²)
Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)
Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)
Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)
Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)
Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)
Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)
Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)
Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²)
Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)
Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)
Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)
Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)
Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)
Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²)
Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm²)
Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²)
Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²)
Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²)
Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²)
Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm²)
Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²)
Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)
Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)
Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)
Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)
Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)
Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm²)
Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm²)
Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²)
Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)
Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²)
Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²)
Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)
Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²)
Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²)
Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²)
Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm²
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm²
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm²
UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)
UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT

Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm2)
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)
Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)
Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)
Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)
Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)
Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)
Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)
Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²)
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²)
Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²)
Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)
Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)
Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)
Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)
Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)
Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)
Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)
Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm²)
Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm²)
Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm- 25 cm²)
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²)
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm²)
UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²)
UrgoTul Ag(10 cm x 12 cm - 120 cm²)
UrgoTul Ag(15 cm x 20 cm - 300 cm²)

DE58

Pour le traitement d'**une première plaie** chez 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 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.

DE319

Pour le traitement d'**une nouvelle plaie ou d'une récidive de plaie** au même site, chez 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 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.

DE339

Pour le traitement d'**une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines** de traitement. 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.

Note : Dans le cadre d'activités de contrôle, les raisons ou les données motivant une poursuite de traitement pourront faire l'objet d'une demande de renseignements de la RAMQ.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE

Iodosorb

DE58

Pour le traitement d'**une première plaie** chez 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 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.

DE319

Pour le traitement d'**une nouvelle plaie ou d'une récidive de plaie** au même site, chez 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 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.

DE339

Pour le traitement d'**une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines** de traitement. 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.

Note : Dans le cadre d'activités de contrôle, les raisons ou les données motivant une poursuite de traitement pourront faire l'objet d'une demande de renseignements de la RAMQ.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT

Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)
Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)
Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)
Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)
Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)
Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)
Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)
Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)
Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)
Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)
Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²)
Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)
Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)
Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)
Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)
Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)
Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm²)
Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)
Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)
Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)
Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)
Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)
Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)
Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)
Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)
Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)
Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)

DE58

Pour le traitement d'**une première plaie** chez 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 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.

DE319

Pour le traitement d'**une nouvelle plaie ou d'une récidive de plaie** au même site, chez 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 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.

DE339

Pour le traitement d'**une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines** de traitement. 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.

Note : Dans le cadre d'activités de contrôle, les raisons ou les données motivant une poursuite de traitement pourront faire l'objet d'une demande de renseignements de la RAMQ.

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ

Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)
Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)
Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²)

DE106

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante;
- plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²)
Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²)
Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²)
Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²)
Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²)
Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²)
Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²)
DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²)
DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm2)
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²)
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²)
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²)
DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²)
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²)
DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)
DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²)
DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²)
DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²)
DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²)
DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²)
DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²)
DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²)
Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²)
Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²)
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²)
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)
DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)
DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)

DE101

Pour le traitement des personnes souffrant des conditions suivantes :

- Brûlures graves;
- Plaie de pression de stade 2 ou plus;
- Plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer;
- Ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse;
- Plaie chronique (durée excédant 45 jours) et grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis;

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE

Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)
Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)
Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)
Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm²
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm²

DE107

Pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses;

PIMÉCROLIMUS

Elidel

DE56

Pour le traitement de la dermatite atopique chez les **enfants** lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;

TACROLIMUS

Pom. Top.
Protopic

DE56

Pour le traitement de la dermatite atopique chez les **enfants** lors d'échec à un traitement par un corticostéroïde topique;

DE57

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

TAZAROTÈNE
Arazlo

DE20

Pour le traitement de l'acné;

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

DE21

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

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

TRÉTINOÏNE
Cr. Top.
Retin-A
Stieva-A

DE20

Pour le traitement de l'acné;

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

DE21

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

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

TRÉTINOÏNE
Gel Top.
Vitamin A Acid Gel Doux

DE20

Pour le traitement de l'acné;

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

DE21

Pour le traitement d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

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

EN – Endocrinologie

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

ACH-Sitagliptin [sitagliptine] 52
ACT Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
AG-Sitagliptin [sitagliptine] 52
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')....45
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....45
Apo-Dapagliflozine [dapagliflozine] 46
Apo-Dapaglifozin-Metformin [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)] 46
Apo-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Apo-Saxagliptin [saxagliptine] 51
Apo-Sitagliptin Malate [sitagliptine] 52
Apo-Sitagliptin/Metformin XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Apo-Sitagliptine Metformine [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Auro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Auro-Dapagliflozin/Metformin [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)] 46
Auro-Sitagliptin [sitagliptine] 52
CANAGLIFLOZINE....45
DAPAGLIFLOZINE....46
DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....46
EMPAGLIFLOZINE....47
EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....47
Forxiga [dapagliflozine] 46
GLIMÉPIRIDE....47
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Humalog Mix 25 [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 48
Humalog Mix 25 KwikPen [insuline lispro/ insuline lispro protamine] 48
INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE....47
INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE....48
Invokana [canagliflozine] 45
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Jamp Sitagliptin [sitagliptine] 52
Jamp-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Janumet [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Janumet XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Januvia [sitagliptine] 52
Jardiance [empagliflozine] 47
Jentadueto [linagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 48
Kazano [alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)] 45
Komboglyze [saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 51
LINAGLIPTINE....48
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....48
M-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Mint-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Nesina [alogliptine (benzoate d')] 45
NovoMix30 [insuline asparte/ insuline asparte protamine] 47
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Onglyza [saxagliptine] 51
Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)....49
pms-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
pms-Sitagliptin [sitagliptine] 52
Pro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Pro-Sitagliptin Malate [sitagliptine] 52
Pro-Sitagliptin Malate/Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Riva-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Rosiglitazone [rosiglitazone (maléate de)] 50
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)....50
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Sandoz Glimepiride [glimépiride] 47
Sandoz Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Sandoz Saxagliptin [saxagliptine] 51
Sandoz Sitagliptin [sitagliptine] 52
Sandoz Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Sandoz Sitagliptin-Metformin XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
SAXAGLIPTINE....51

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....51
Sitagliptin [sitagliptine] 52
SITAGLIPTINE....52
SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....52
Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Synjardy [empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)] 47
Taro-Sitagliptin Fumarate [sitagliptine] 52
Teva-Sitagliptin Malate [sitagliptine] 52
Teva-Sitagliptin malate / Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Trajenta [linagliptine] 48
Xigduo [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)] 46

ALOGLIPTINE (BENZOATE D')
Nesina

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)
Kazano

EN150

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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

CANAGLIFLOZINE
Invokana

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

DAPAGLIFLOZINE

AG-Dapagliflozin
Apo-Dapagliflozine
Auro-Dapagliflozin
Forxiga
GLN-Dapagliflozin
JAMP Dapagliflozin
M-Dapagliflozin
NRA-Dapagliflozin
Pro-Dapagliflozin
Riva-Dapagliflozin
Sandoz Dapagliflozin
pms-Dapagliflozin

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Apo-Dapaglifozin-Metformin
Auro-Dapagliflozin/Metformin
Xigduo

EN150

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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EMPAGLIFLOZINE
Jardiance

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

EN179

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 ≥ 7 %.

La nature de la maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de la maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) devra être fournie sur demande de la Régie.

EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)
Synjardy

EN219

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.

GLIMÉPIRIDE
Sandoz Glimepiride

EN23

Lorsqu'une autre sulfonylurée est non tolérée ou inefficace;

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) adaptée au patient.

INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE
NovoMix30

EN22

Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;

INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE

Humalog Mix 25
Humalog Mix 25 KwikPen

EN22

Pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un pré-mélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie;

LINAGLIPTINE

Trajenta

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Jentadueto

EN150

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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

ACT Pioglitazone
Apo-Pioglitazone
Jamp-Pioglitazone
Mint-Pioglitazone
Pioglitazone
Sandoz Pioglitazone

EN117

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN118

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

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN119

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec une sulfonylurée**, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN120

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec la metformine et une sulfonylurée**, lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN121

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Rosiglitazone

EN117

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 présentant une insuffisance rénale;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN118

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

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN119

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec une sulfonylurée**, lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;

Par inefficacité, on entend une non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée ($HbA1_c$) adaptée au patient.

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN120

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2, **en association avec la metformine et une sulfonylurée**, lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

EN121

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;

À titre informatif, l'association de la pioglitazone et de l'insuline de même que l'association de la rosiglitazone et de l'insuline augmentent le risque d'insuffisance cardiaque congestive.

SAXAGLIPTINE

Apo-Saxagliptin
Onglyza
Sandoz Saxagliptin

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN149

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Komboglyze

EN150

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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

SITAGLIPTINE

ACH-Sitagliptin
AG-Sitagliptin
Apo-Sitagliptin Malate
Auro-Sitagliptin
Jamp Sitagliptin
Januvia
Pro-Sitagliptin Malate
Sandoz Sitagliptin
Sitagliptin
Taro-Sitagliptin Fumarate
Teva-Sitagliptin Malate
pms-Sitagliptin

EN148

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

EN167

Pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 **en monothérapie** lorsque la metformine et une sulfonylurée sont contre-indiquées ou non tolérées;

SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Apo-Sitagliptin/Metformin XR
Apo-Sitagliptine Metformine
Janumet
Janumet XR
Pro-Sitagliptin Malate/Metformin
Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride
Sandoz Sitagliptin-Metformin
Sandoz Sitagliptin-Metformin XR
Sitagliptin-Metformin
Teva-Sitagliptin malate / Metformin

EN150

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 ($HbA1_c$) adaptée au patient.

GI – Système gastro-intestinal

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

AG-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
AG-Sennosides enrobé [sennosides A & B] 60
Alta-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
Alta-Senna [sennosides A & B] 60
AMB-Bisacodyl [bisacodyl] 57
Bio-Sennosides [sennosides A & B] 60
BISACODYL....57
Bisacodyl [bisacodyl] 57
Bisacodyl Suppository [bisacodyl] 57
Bisacodyl Suppository 5 mg [bisacodyl] 57
Bisacodyl-Odan [bisacodyl] 57
Comfilax [polyéthylène glycol] 59
DOCUSATE DE CALCIUM....57
DOCUSATE DE SODIUM....57
Docusate de Sodium [docusate de sodium] 57
Docusate Sodique [docusate de sodium] 57
Docusate sodium [docusate de sodium] 57
Emolax [polyéthylène glycol] 59
Emolax (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol] 59
Euro-Docusate [docusate de sodium] 57
Euro-Senna [sennosides A & B] 60
Fleet Huileux [huile minérale] 58
Fleet Pédiatrique [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 58
GLYCÉRINE....57
HUILE MINÉRALE....58
Huile Minérale [huile minérale] 58
Jamp Docusate S Oblong [docusate de sodium] 57
Jamp-Bisacodyl [bisacodyl] 57
Jamp-Docusate Calcium [docusate de calcium] 57
Jamp-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
Jamp-Lactulose [lactulose] 58
Jamplyte (280g) [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 59
Jamp-Senna [sennosides A & B] 60
Jamp-Sennosides Enrobé [sennosides A & B] 60
LACTULOSE....58
Lactulose [lactulose] 58
Lait de Magnésie [magnésium (hydroxyde de)] 58
Lax-A NEMA [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 58
Lax-A Senna [sennosides A & B] 60
Lax-A-Day Pharma [polyéthylène glycol] 59
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)....58
M-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
M-Peg 3350 [polyéthylène glycol] 59
M-Senna 8,6 mg [sennosides A & B] 60
M-Sennosides 8,6 mg [sennosides A & B] 60
NORA Senna [sennosides A & B] 60
Nora Sennosides [sennosides A & B] 60
NRA-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
Opus Senna [sennosides A & B] 60
Opus Sennosides Enrobé [sennosides A & B] 60
Peg 3350 [polyéthylène glycol] 59
Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol] 59
PegLyte (280 g) [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 59
Pharma-Lactulose [lactulose] 58
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM....58
pms-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
pms-Lactulose [lactulose] 58
pms-Lactulose-Pharma [lactulose] 58
pms-Sennosides [sennosides A & B] 60
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL....59
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)....59
PSYLLIUM (MUCILAGE DE)....59
ratio-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
ratio-Lactulose [lactulose] 58
Relaxa [polyéthylène glycol] 59

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Relaxa (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol] 59
Riva-Senna [sennosides A & B] 60
Selax [docusate de sodium] 57
Senna [sennosides A & B] 60
Sennalax [sennosides A & B] 60
Sennalax Forte [sennosides A & B] 60
Sennosides [sennosides A & B] 60
SENNOSIDES A & B....60

BISACODYL

AMB-Bisacodyl
Bisacodyl
Bisacodyl Suppository
Bisacodyl Suppository 5 mg
Bisacodyl-Odan
Jamp-Bisacodyl

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

DOCUSATE DE CALCIUM

Jamp-Docusate Calcium

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

DOCUSATE DE SODIUM

AG-Docusate Sodium
Alta-Docusate Sodium
Docusate Sodique
Docusate de Sodium
Docusate sodium
Euro-Docusate
Jamp Docusate S Oblong
Jamp-Docusate Sodium
M-Docusate Sodium
NRA-Docusate Sodium
Selax
pms-Docusate Sodium
ratio-Docusate Sodium

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GLYCÉRINE

Supp.

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

HUILE MINÉRALE

Fleet Huileux
Huile Minérale

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

LACTULOSE

Jamp-Lactulose
Lactulose
Pharma-Lactulose
pms-Lactulose
pms-Lactulose-Pharma
ratio-Lactulose

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GI29

Pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique;

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)

Lait de Magnésie

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM

Fleet Pédiatrique
Lax-A NEMA

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Comfilax
Emolax
Emolax (30 sachets de 17 grammes)
Lax-A-Day Pharma
M-Peg 3350
Peg 3350
Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes)
Relaxa
Relaxa (30 sachets de 17 grammes)

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)

Jamplyte (280g)
PegLyte (280 g)

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

PSYLLIUM (MUCILAGE DE)

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GI30

Pour le traitement de la diarrhée chronique;

SENNOSIDES A & B

AG-Sennosides enrobé
Alta-Senna
Bio-Sennosides
Euro-Senna
Jamp-Senna
Jamp-Sennosides Enrobé
Lax-A Senna
M-Senna 8,6 mg
M-Sennosides 8,6 mg
NORA Senna
Nora Sennosides
Opus Senna
Opus Sennosides Enrobé
Riva-Senna
Senna
Sennalax
Sennalax Forte
Sennosides
pms-Sennosides

GI27

Pour le traitement de la constipation liée à une pathologie;

GI28

Pour le traitement de la constipation liée à la prise d'un médicament;

GU – Système génito-urinaire

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)....65
JAMP Trospium [trospium (chlorure de)]....65
Mar-Trospium [trospium (chlorure de)]....65
MIRABEGRON....65
Myrbetriq [mirabegron]....65
Sandoz Fesoterodine Fumarate [fésotérodine (fumarate de)]....65
Toviaz [fésotérodine (fumarate de)]....65
Trosec [trospium (chlorure de)]....65
TROSPIUM (CHLORURE DE)....65

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)

Sandoz Fesoterodine Fumarate
Toviaz

GU178

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.

MIRABEGRON

Myrbetriq

GU178

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.

TROSPIUM (CHLORURE DE)

JAMP Trospium
Mar-Trospium
Trosec

GU178

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.

GY – Gynécologie

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA....71
Climara -50 [estradiol-17B] 71
Climara-25 [estradiol-17B] 71
Climara-75 [estradiol-17B] 71
Crinone [progestérone] 73
Endometrin [progestérone] 73
Estalis 140/50 [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 71
Estalis 250/50 [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 71
ESTRADIOL-17B....71
ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)....71
Estradot [estradiol-17B] 71
FOLLITROPINE ALPHA....71
FOLLITROPINE BÊTA....72
FOLLITROPINE DELTA....72
GONADOTROPHINE CHORIONIQUE....72
Gonadotrophine Chorionique [gonadotrophine chorionique] 72
GONADOTROPHINES....72
Gonal-f [follitropine alpha] 71
Menopur [gonadotrophines] 72
Oesclim 25 [estradiol-17B] 71
Oesclim 50 [estradiol-17B] 71
Ovidrel [choriogonadotropine alpha] 71
Pregnyl [gonadotrophine chorionique] 72
PROGESTÉRONE....73
Puregon [follitropine bêta] 72
Rekovelle [follitropine delta] 72
Sandoz Estradiol Derm 100 [estradiol-17B] 71
Sandoz Estradiol Derm 50 [estradiol-17B] 71
Sandoz Estradiol Derm 75 [estradiol-17B] 71

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA
Ovidrel

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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.

ESTRADIOL-17B
Climara -50
Climara-25
Climara-75
Estradot
Oesclim 25
Oesclim 50
Sandoz Estradiol Derm 100
Sandoz Estradiol Derm 50
Sandoz Estradiol Derm 75

GY34

Chez les personnes ne pouvant recevoir d'estrogènes par la voie orale en raison d'intolérance ou lorsque des facteurs médicaux favorisent la voie transdermique;

ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)
Estalis 140/50
Estalis 250/50

GY35

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

FOLLITROPINE ALPHA
Gonal-f

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

GY175

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
Puregon

GY174

Chez la femme, dans le cadre d’une activité de procréation assistée.

GY175

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 DELTA
Rekovelle

GY174

Chez la femme, dans le cadre d’une activité de procréation assistée.

GY175

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.

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE
Gonadotrophine Chorionique
Pregnyl

GY174

Chez la femme, dans le cadre d’une activité de procréation assistée.

GY175

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.

GONADOTROPHINES
Menopur

GY174

Chez la femme, dans le cadre d’une activité de procréation assistée.

GY175

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.

PROGESTÉRONE
Co. Vag. (eff.)
Endometrin

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

PROGESTÉRONE
Gel vag. (App.)
Crinone

GY174

Chez la femme, dans le cadre d'une activité de procréation assistée.

HE – Hématologie

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

FILGRASTIM....79
Fulphila [pegfilgrastim] 80
Grastofil [filgrastim] 79
Lapelga [pegfilgrastim] 80
Nivestym [filgrastim] 79
Nypozi [filgrastim] 79
Nyvepria [pegfilgrastim] 80
PEGFILGRASTIM....80
Ziextenzo [pegfilgrastim] 80

FILGRASTIM

Grastofil
Nivestym
Nypozi

HE129

Pour le traitement des personnes :

- recevant des cycles de chimiothérapie **moyennement ou hautement myélosuppressive** (40 p. cent de risque de neutropénie fébrile);
- **à risque** de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie;
- ayant déjà souffert d'une **neutropénie grave** (numération des **neutrophiles inférieure à 0,5 X 10^9/L**) lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée lors des cycles subséquents de chimiothérapie;
- ayant déjà souffert d'une **neutropénie** (numération de **neutrophiles inférieure à 1,5 X 10^9/L**) lors des premiers cycles d'une chimiothérapie à visée curative et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables lors des cycles subséquents de chimiothérapie;
- âgées de **moins de 18 ans**, atteintes d'une tumeur solide et qui reçoivent une chimiothérapie;

HE130

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

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

PEGFILGRASTIM

Fulphila
Lapelga
Nyvepria
Ziextenzo

HE359

Pour le traitement des personnes :

- recevant des cycles de chimiothérapie **moyennement ou hautement myélosuppressive** (40 p. cent de risque de neutropénie fébrile);
- **à risque** de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie;
- ayant déjà souffert d'une **neutropénie grave** (numération de **neutrophiles inférieure à 0,5 X 10^9/l**) lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée lors des cycles subséquents de chimiothérapie;
- ayant souffert d'une **neutropénie** (numération de **neutrophiles inférieure à 1,5 X 10^9/l**) lors des premiers cycles d'une chimiothérapie à visée curative et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables lors des cycles subséquents de chimiothérapie.

MS – Système musculo-squelettique

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Acide zolédronique injectable [zolédronique (acide)] 85
Acide zolédronique pour injection [zolédronique (acide)] 86
Acide zolédronique-Z [zolédronique (acide)] 86
Aclasta [zolédronique (acide)] 85
Auro-Febuxostat [febuxostat] 85
DENOSUMAB....85
FEBUXOSTAT....85
Febuxostat [febuxostat] 85
Jamp-Febuxostat [febuxostat] 85
Jamp-Zoledronic Acid [zolédronique (acide)] 86
Jubbonti [denosumab] 85
Mar-Febuxostat [febuxostat] 85
Teva-Febuxostat [febuxostat] 85
Uloric [febuxostat] 85
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)....85
Zometa [zolédronique (acide)] 86

DENOSUMAB
Sol. Inj. S.C. (ser)
60 mg/mL
Jubbonti

MS153

Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate **oral** en raison d'une **intolérance sérieuse ou d'une contre-indication**.

Note : Le traitement de l'ostéoporose chez l'**homme** ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un **échec thérapeutique** à un bisphosphonate **oral** ne satisfait pas à cette indication de paiement.

FEBUXOSTAT
Auro-Febuxostat
Febuxostat
Jamp-Febuxostat
Mar-Febuxostat
Teva-Febuxostat
Uloric

MS545

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.

Note : *Dans la majorité des cas, l'insuffisance rénale ne constitue pas une contre-indication à l'utilisation de l'allopurinol dans le traitement des complications d'une hyperuricémie chronique.*

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)
Sol. Perf. I.V.
5 mg/ 100 mL
Acide zolédronique injectable
Aclasta

MS153

Pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate **oral** en raison d'une **intolérance sérieuse ou d'une contre-indication**.

Note : Le traitement de l'ostéoporose chez l'**homme** ou le traitement de l'ostéoporose chez la femme ayant présenté un **échec thérapeutique** à un bisphosphonate **oral** ne satisfait pas à cette indication de paiement.

MS154

Pour le traitement de la maladie de Paget.

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)

Sol. Perf. I.V.
4 mg/5 mL
Acide zolédronique pour injection
Acide zolédronique-Z
Jamp-Zoledronic Acid
Zometa

MS379

Pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale.

MS380

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.

ON – Oncologie/antinéoplasiques

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Apo-Gefitinib [géfitinib] 91
GÉFITINIB 91
Iressa [géfitinib] 91
Jamp Gefitinib [géfitinib] 91
Nat-Gefitinib [géfitinib] 91
Sandoz Gefitinib [géfitinib] 91

GÉFITINIB

Apo-Gefitinib
Iressa
Jamp Gefitinib
Nat-Gefitinib
Sandoz Gefitinib

ON542

Pour le traitement de 1re intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique, présentant une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.
La durée maximale de l'autorisation initiale est de 6 mois.
La poursuite du traitement est autorisée si le prescripteur est en mesure de fournir 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.
La durée maximale des autorisations subséquentes est de 12 mois.

OP – Ophtalmologie

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Acular [kétorolac (trométhamine de)] 98
Acuvail [kétorolac (trométhamine de)] 98
Alcon Tears [hydroxypropylméthylcellulose] 98
Apo-Diclofenac Ophtalmic [diclofénac sodique] 98
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE....97
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE....97
CYCLOSPORINE....97
Diclofenac [diclofénac sodique] 98
DICLOFÉNAC SODIQUE....98
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE....98
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70....98
JAMP Diclofenac [diclofénac sodique] 98
Ketorolac [kétorolac (trométhamine de)] 98
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)....98
Mint-Diclofenac [diclofénac sodique] 98
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE....99
POLYVINYLIQUE (ALCOOL)....99
Refresh [polyvinylique (alcool)] 99
Refresh Celluvisc [carboxyméthylcellulose sodique] 97
Refresh Lacri-Lube [paraffine/huile minérale] 99
Refresh plus [carboxyméthylcellulose sodique] 97
Refresh tears [carboxyméthylcellulose sodique/ purite] 97
Restasis [cyclosporine] 97
Restasis MultiDose [cyclosporine] 97
Sandoz Diclofenac Ophtha [diclofénac sodique] 98
Tears Naturale II [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 98
Teva-Cyclosporine [cyclosporine] 97
VERTÉPORFINE....99
Visudyne [vertéporfine] 99
Voltaren Ophtha [diclofénac sodique] 98

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE
Refresh Celluvisc
Refresh plus

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE
Refresh tears

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

CYCLOSPORINE
Emuls. oph.
0,05 %
Restasis MultiDose

OP581

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

CYCLOSPORINE
Emuls. oph. (unidose)
0,05 % (0,4 mL)
Restasis
Teva-Cyclosporine

OP581

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

DICLOFÉNAC SODIQUE

Sol. Oph.

Apo-Diclofenac Ophtalmic
Diclofenac
JAMP Diclofenac
Mint-Diclofenac
Sandoz Diclofenac Ophtha
Voltaren Ophtha

OP38

Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

Alcon Tears

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70

Tears Naturale II

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)

Acular
Acuvail
Ketorolac

OP38

Pour le traitement de l'inflammation oculaire pour les personnes chez qui les corticostéroïdes ophtalmiques ne sont pas indiqués;

PARAFFINE/HUILE MINÉRALE
Refresh Lacri-Lube

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

POLYVINYLIQUE (ALCOOL)
Refresh

OP40

Pour le traitement de la kératoconjonctivite sèche ou d'autres conditions graves accompagnées d'une diminution marquée de la production de larmes;

Note : À titre d'exemples, les conditions suivantes seront considérées comme graves : le blépharospasme, la dystrophie oculo-pharyngée, l'érosion de la cornée, l'exophtalmie, la maladie de Sjögren, des séquelles de paralysie de Bell. Les diagnostics ou les justifications tels que « yeux secs », « manque de larmes » ou « diminution de larmes » sans indice de sévérité et non reliés à une condition grave ne satisfont pas aux indications de paiement.

VERTÉPORFINE
Visudyne

OP102

- Pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50% ou plus de la surface maculaire;
- Pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation;
- Pour le traitement du syndrome d'histoplasmose oculaire présumé avec néovascularisation;

RE – Système respiratoire

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Advair 100 Diskus [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 125 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 250 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 250 Diskus [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 500 Diskus [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Anoro Ellipta [vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')] 113
Atectura Breezhaler [indacatérol (acétate d')/mométasone (furoate de)] 107
Breo Ellipta [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)] 112
Breztri Aerosphere [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide/glycopyrronium (bromure de)] 106
DORNASE ALFA....105
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE....105
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)....106
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)....107
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)....107
INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)....108
Inspiolto Respimat [olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)] 109
MULTIVITAMINES....108
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)....109
pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Pulmozyme [dornase alfa] 105
SALBUTAMOL (SULFATE DE)....109
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)....109
Symbicort 100 Turbuhaler [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide] 105
Symbicort 200 Turbuhaler [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide] 105
Trelegy Ellipta [vilantérol (trifénatate de) / uméclidinium (bromure d') / fluticasone (furoate de)] 111
Ultibro Breezhaler [indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)] 108
Ventolin Diskus [salbutamol (sulfate de)] 109
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)....111
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)....112
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')....113
Wixela Inhub [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Zenhale [formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone (furoate de)] 107

DORNASE ALFA
Pulmozyme

RE43

Lors d'initiation du traitement chez des personnes de plus de 5 ans atteintes de fibrose kystique dont la capacité vitale forcée est plus de 40 p.cent de la valeur prédite;

Période d'autorisation : 3 mois

RE44

Lors d'un traitement de maintien, chez les personnes pour lesquelles une amélioration ou une stabilisation de l'état clinique est observée lors de l'utilisation de la dornase alfa. La durée d'autorisation est de 12 mois;

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE
Symbicort 100 Turbuhaler
Symbicort 200 Turbuhaler

RE172

Pour la **demande initiale** lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :

- ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation
  ou
- ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association
  ou
- dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.

Période d'autorisation: 12 mois.

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste ß2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

RE173

Pour la **poursuite** de traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes:

- ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations. L'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus.
  ou
- ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatique. Le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

  Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste ß2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

RE479

Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Breztri Aerosphere

RE384

Pour la **demande initiale** lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :

- ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
  ou
- ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;
  ou
- dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation;
  ou
- qui reçoivent déjà un agoniste ß2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis un an ou moins.

Période d'autorisation : 12 mois.

Les autorisations pour le vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')/fluticasone (furoate de) sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Les autorisations pour le formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide/glycopyrronium (bromure de) sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste ß2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

RE385

Pour la **poursuite** du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :

- dont le médecin peut fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Les autorisations pour le vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')/fluticasone (furoate de) sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Les autorisations pour le formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide/glycopyrronium (bromure de) sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste ß2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

RE386

Pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes recevant déjà un agoniste ß2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation **depuis plus d'un an**.

Les autorisations pour le vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')/fluticasone (furoate de) sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Les autorisations pour le formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide/glycopyrronium (bromure de) sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste ß2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Zenhale

RE41

Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;

INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)

Atectura Breezhaler

RE41

Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;

INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)

Ultibro Breezhaler

RE176

Pour la **demande initiale** du traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

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

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste ß2 à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

RE177

Pour la **poursuite** de traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC):

- n'ayant pas obtenu un bon contrôle des symptômes de la maladie malgré l'usage d'un bronchodilatateur à longue action pendant au moins 3 mois ;
  et
- dont le médecin peut fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste ß2 à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

MULTIVITAMINES

Caps. ou Co.

RE131

Pour les personnes souffrant de **fibrose kystique**;

*Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie **autre que la fibrose kystique**, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.*

MULTIVITAMINES

Co. Croq.

RE131

Pour les personnes souffrant de **fibrose kystique**;

*Note : Les diagnostics ou les justifications liés à l'utilisation de ce produit pour prévenir ou traiter des carences vitaminiques associées à une maladie **autre que la fibrose kystique**, ou encore pour servir de supplément alimentaire, ne satisfont pas à l'indication de paiement.*

OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)

Inspiolto Respimat

RE176

Pour la **demande initiale** du traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

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

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste ß2 à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

RE177

Pour la **poursuite** de traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC):

- n'ayant pas obtenu un bon contrôle des symptômes de la maladie malgré l'usage d'un bronchodilatateur à longue action pendant au moins 3 mois ;
  et
- dont le médecin peut fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste ß2 à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

SALBUTAMOL (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.

Ventolin Diskus

RE112

Pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus[MC];

RE113

Pour le traitement des personnes qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen du dispositif Diskus[MC];

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Advair 100 Diskus
Advair 125
Advair 250
Advair 250 Diskus
Advair 500 Diskus
Wixela Inhub
pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol

RE41

Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;

RE172

Pour la **demande initiale** lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :

- ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation
  ou
- ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association
  ou
- dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.

Période d'autorisation: 12 mois.

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste ß2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

RE173

Pour la **poursuite** de traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes:

- ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations. L'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus.
  ou
- ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatique. Le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

  Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste ß2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)

Trelegy Ellipta

RE384

Pour la **demande initiale** lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :

- ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
  ou
- ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;
  ou
- dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml et dont les symptômes ne sont pas bien contrôlés avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation;
  ou
- qui reçoivent déjà un agoniste ß2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis un an ou moins.

Période d'autorisation : 12 mois.

Les autorisations pour le vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')/fluticasone (furoate de) sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Les autorisations pour le formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide/glycopyrronium (bromure de) sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste ß2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

RE385

Pour la **poursuite** du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :

- dont le médecin peut fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Les autorisations pour le vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')/fluticasone (furoate de) sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Les autorisations pour le formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide/glycopyrronium (bromure de) sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste ß2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

RE386

Pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes recevant déjà un agoniste ß2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation **depuis plus d'un an**.

Les autorisations pour le vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')/fluticasone (furoate de) sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Les autorisations pour le formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide/glycopyrronium (bromure de) sont données à raison de deux doses maximales quotidiennes de 364 mcg de budésonide.

Il est à noter que la triple thérapie dans un seul dispositif permet de remplacer l'utilisation concomitante d'un agoniste ß2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)

Breo Ellipta

RE41

Pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation;

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)

Pd. pour Inh.
25 mcg - 100 mcg/dose
Breo Ellipta

RE172

Pour la **demande initiale** lors du traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :

- ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation
  ou
- ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association
  ou
- dont la maladie est associée à une composante asthmatique démontrée par des éléments définis par une histoire d'asthme ou d'atopie pendant l'enfance ou une éosinophilie sanguine élevée ou une amélioration du VEMS après bronchodilatateurs d'au moins 12 % et 200 ml.

Période d'autorisation: 12 mois.

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste ß2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

RE173

Pour la **poursuite** de traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes:

- ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations. L'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus.
  ou
- ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatique. Le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

  Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste ß2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste ß2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')

Anoro Ellipta

RE176

Pour la **demande initiale** du traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

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

Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste ß2 à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

RE177

Pour la **poursuite** de traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC):

- n'ayant pas obtenu un bon contrôle des symptômes de la maladie malgré l'usage d'un bronchodilatateur à longue action pendant au moins 3 mois ;
  et
- dont le médecin peut fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

  Il est à noter que cette association (agoniste ß2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste ß2 à longue action ou antimuscarinique à longue action) seul ou en association avec un corticostéroïde inhalé.

SN – Système nerveux autonome ou central

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Acétate de glatiramère injectable [glatiramère (acétate de)] 126
ACH-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
ACH-Lacosamide [lacosamide] 130
ACH-Teriflunomide [tériflunomide] 135
ACT Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
Adderall XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
AG-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
AG-Lacosamide [lacosamide] 130
AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')....121
Apo-Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
Apo-Brivaracetam [brivaracétam] 121
Apo-Cabergoline [cabergoline] 122
Apo-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Apo-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Apo-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Apo-Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
Apo-Modafinil [modafinil] 131
Apo-Oxcarbazepine [oxcarbazépine] 132
Apo-Rasagiline [rasagiline (mésylate de)] 133
Apo-Riluzole [riluzole] 133
Apo-Rivastigmine [rivastigmine] 134
Apo-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Aptiom [eslicarbazépine (acétate d')] 124
Aricept [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Auro-Brivaracetam [brivaracétam] 121
Auro-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Auro-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Auro-Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)] 125
Auro-Lacosamide [lacosamide] 130
Auro-Modafinil [modafinil] 131
Auro-Rufinamide [rufinamide] 135
Avonex Pen [interféron bêta-1A] 128
Avonex PS [interféron bêta-1A] 128
Azilect [rasagiline (mésylate de)] 133
Banzel [rufinamide] 135
Betaseron [interféron bêta-1B] 129
Bio-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Biphentin [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
BRIVARACÉTAM....121
Brivlera [brivaracétam] 121
BUPRÉNORPHINE....121
CABERGOLINE....122
CÉNOBAMATE....122
Concerta [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)....122
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)....123
Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)....123
Dostinex [cabergoline] 122
ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')....124
Exelon [rivastigmine] 134
Exelon Patch 10 [rivastigmine] 134
Exelon Patch 5 [rivastigmine] 134
Extavia [interféron bêta-1B] 129
Foquest [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
Fycompa [pérampanel] 133
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)....125
Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)] 125
Glatect [glatiramère (acétate de) - (GLATECT)] 127
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)....126
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)....127
GLN-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
INTERFÉRON BÊTA-1A....128
INTERFÉRON BÊTA-1B....129
JAMP Cabergoline [cabergoline] 122
Jamp Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Jamp Modafinil [modafinil] 131
Jamp Rasagiline [rasagiline (mésylate de)] 133
Jamp Rivastigmine [rivastigmine] 134
Jamp Teriflunomide [tériflunomide] 135
Jamp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 123
Jamp-Donepezil Tablets [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Jamp-Lacosamide [lacosamide] 130
Jamp-Oxcarbazepine [oxcarbazépine] 132
Kesimpta (stylo) [ofatumumab] 132
LACOSAMIDE....130
Lacosamide [lacosamide] 130
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)....131
Mar-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Mar-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Mar-Lacosamide [lacosamide] 130
Mar-Modafinil [modafinil] 131
Mar-Teriflunomide [tériflunomide] 135
M-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Med-Rivastigmine [rivastigmine] 134
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)....131
Mint-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Mint-Lacosamide [lacosamide] 130
Mint-Tizanidine [tizanidine (chlorhydrate de)] 135
MODAFINIL....131
Modafinil [modafinil] 131
M-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Mylan-Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)] 125
Mylan-Riluzole [riluzole] 133
Mylan-Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine] 134
Mylan-Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine] 134
Nadryl 25 [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 123
NAT-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
NAT-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Neupro [rotigotine] 134
NRA-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
NRA-Lacosamide [lacosamide] 130
OCRÉLIZUMAB....132
Ocrevus [ocrélizumab] 132
OFATUMUMAB....132
OXCARBAZÉPINE....132
pdp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 123
PÉRAMPANEL....133
Pharma-Lacosamide [lacosamide] 130
pms-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
pms-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
pms-Methylphenidate CR [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
pms-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Pro-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
RASAGILINE (MÉSYLATE DE)....133
Rebif [interféron bêta-1A] 128
Rilutek [riluzole] 133
RILUZOLE....133
RIVASTIGMINE....134
Rivastigmine [rivastigmine] 134
Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine] 134
Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine] 134
ROTIGOTINE....134
RUFINAMIDE....135
Sandoz Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
Sandoz Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Sandoz Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Sandoz Lacosamide [lacosamide] 130
Sandoz Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Sandoz Rivastigmine [rivastigmine] 134
Sandoz Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine] 134
Sandoz Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine] 134
Sandoz Teriflunomide [tériflunomide] 135

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Sublocade [buprénorphine] 121
Taro-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Taro-Perampanel [pérampanel] 133
Tecfidera [diméthyle (fumarate de)] 122
TÉRIFLUNOMIDE....135
Teva-Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
Teva-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Teva-Lacosamide [lacosamide] 130
Teva-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Teva-Modafinil [modafinil] 131
Teva-Rasagiline [rasagiline (mésylate de)] 133
Teva-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Tizanidine [tizanidine (chlorhydrate de)] 135
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)....135
TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)....136
Trileptal [oxcarbazépine] 132
Vimpat [lacosamide] 130
Vyvanse [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Xcopri [cénobamate] 122
Xcopri (trousse de départ) [cénobamate] 122

AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')

Adderall XR
Apo-Amphetamine XR
Sandoz Amphetamine XR
Teva-Amphetamine XR

SN280

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

BRIVARACÉTAM

Apo-Brivaracetam
Auro-Brivaracetam
Brivlera

SN156

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

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

Note : *L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.*

BUPRÉNORPHINE

Sublocade

SN544

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.

CABERGOLINE

Apo-Cabergoline
Dostinex
JAMP Cabergoline

SN46

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

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

CÉNOBAMATE

Xcopri
Xcopri (trousse de départ)

SN156

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

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

Note : *L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.*

DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)

ACH-Dimethyl Fumarate
Apo-Dimethyl Fumarate
Auro-Dimethyl Fumarate
GLN-Dimethyl Fumarate
Jamp Dimethyl Fumarate
Mar-Dimethyl Fumarate
Sandoz Dimethyl Fumarate
Tecfidera
pms-Dimethyl Fumarate

SN134

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 médecin 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, Avonex[MC], Betaseron[MC] et Extavia[MC] demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Jamp-Diphenhydramine
Nadryl 25
pdp-Diphenhydramine

SN50

Pour le traitement adjuvant de certains troubles psychiatriques;

Note: Les diagnostics ou les justifications reliés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.

SN51

Pour le traitement adjuvant de la maladie de Parkinson;

Note: Les diagnostics ou les justifications reliés aux propriétés antihistaminiques, antiémétiques et antispasmodiques ne satisfont pas aux indications de paiement.

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)

AG-Donepezil
Apo-Donepezil
Aricept
Auro-Donepezil
Bio-Donepezil
Donepezil
Jamp-Donepezil Tablets
M-Donepezil
Mar-Donepezil
Mint-Donepezil
NAT-Donepezil
NRA-Donepezil
Sandoz Donepezil
Taro-Donepezil
Teva-Donepezil
pms-Donepezil

SN499

Pour la demande initiale du traitement en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 6 mois

SN500

Pour la poursuite du traitement, en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments suivants :

- 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, 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 12 mois

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')

Aptiom

SN156

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

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

Note : *L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.*

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)

Auro-Galantamine ER
Galantamine ER
Mylan-Galantamine ER

SN499

Pour la demande initiale du traitement en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 6 mois

SN500

Pour la poursuite du traitement, en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments suivants :

- 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, 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 12 mois

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)

Acétate de glatiramère injectable

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

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

- la présence d'au moins 1 lesion 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 initale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^MC ;**
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^MC et Extavia^MC.**

Toutefois, Avonex^MC, Betaseron^MC et Extavia^MC demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN134

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 médecin 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, Avonex^MC, Betaseron^MC et Extavia^MC demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)

Glatect

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

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

- la présence d'au moins 1 lesion 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 initale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^{MC} ;**
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^{MC} et Extavia^{MC}.**

Toutefois, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN134

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 médecin 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, Avonex^{MC}, Betaseron^{MC} et Extavia^{MC} demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

INTERFÉRON BÊTA-1A

Avonex PS
Avonex Pen
Rebif

SN134

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 médecin 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, Avonex[MC], Betaseron[MC] et Extavia[MC] demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN135

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques **progressive secondaire**, dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les personnes qui commencent un traitement avec l'**Avonex[MC]** doivent présenter une sclérose en plaques progressive secondaire **avec poussées cliniques**.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par **l'absence de détérioration** et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex[MC];**
- **22 mcg trois fois par semaine pour le Rebif[MC].**

Période d'autorisation : 12 mois

INTERFÉRON BÊTA-1A

Sol. Inj. I.M.
Avonex PS
Avonex Pen

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

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

- la présence d'au moins 1 lesion 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 initale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^MC ;**
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^MC et Extavia^MC.**

Toutefois, Avonex^MC, Betaseron^MC et Extavia^MC demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

INTERFÉRON BÊTA-1B

Betaseron
Extavia

SN133

Pour le traitement des personnes ayant présenté une **première poussée clinique aiguë de démyélinisation** documentée;

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

- la présence d'au moins 1 lesion 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 initale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir la preuve d'un effet bénéfique par **l'absence de nouvelle poussée clinique**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour Avonex^MC ;**
- **8 MUI aux deux jours pour le Betaseron^MC et Extavia^MC.**

Toutefois, Avonex^MC, Betaseron^MC et Extavia^MC demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé un de ces médicaments au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN134

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 médecin 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, Avonex[MC], Betaseron[MC] et Extavia[MC] demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN135

Pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques **progressive secondaire**, dont le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les personnes qui commencent un traitement avec l'**Avonex[MC]** doivent présenter une sclérose en plaques progressive secondaire **avec poussées cliniques**.

Les poursuites du traitement sont autorisées en présence d'un effet bénéfique défini par **l'absence de détérioration** et aussi longtemps que le résultat sur l'échelle **EDSS est inférieur à 7**.

Les posologies autorisées sont les suivantes :

- **30 mcg une fois par semaine pour l'Avonex[MC];**
- **22 mcg trois fois par semaine pour le Rebif[MC].**

Période d'autorisation : 12 mois

LACOSAMIDE

ACH-Lacosamide
AG-Lacosamide
Auro-Lacosamide
Jamp-Lacosamide
Lacosamide
Mar-Lacosamide
Mint-Lacosamide
NRA-Lacosamide
Pharma-Lacosamide
Sandoz Lacosamide
Teva-Lacosamide
Vimpat

SN156

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

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

Note : *L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.*

LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)

Caps.

Apo-Lisdexamfetamine
Pro-Lisdexamfetamine
Sandoz Lisdexamfetamine
Teva-Lisdexamfetamine
Vyvanse

SN280

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

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Caps. L.A.

Biphentin
Foquest
pms-Methylphenidate CR

SN280

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

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A. (12 h)

ACT Methylphenidate ER
Apo-Methylphenidate ER
Concerta

SN280

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

MODAFINIL

Apo-Modafinil
Auro-Modafinil
Jamp Modafinil
Mar-Modafinil
Modafinil
Teva-Modafinil

SN62

Pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique;

Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.

SN63

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;

Note : Les diagnostics ou les justifications tels que le traitement des états de fatigue, du trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, des symptômes résiduels de la dépression majeure ne satisfont pas aux indications de paiement.

OCRÉLIZUMAB
Ocrevus

SN134

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 médecin 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, Avonex[MC], Betaseron[MC] et Extavia[MC] demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

SN259

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 médecin devra fournir la preuve que le résultat sur l'échelle **EDSS demeure inférieur à 7**.

OFATUMUMAB
Kesimpta (stylo)

SN134

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 médecin 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, Avonex[MC], Betaseron[MC] et Extavia[MC] demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

OXCARBAZÉPINE
Apo-Oxcarbazepine
Jamp-Oxcarbazepine
Trileptal

SN96

Pour le traitement de l'épilepsie;

SN97

Pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine;

PÉRAMPANEL
Fycompa
Taro-Perampanel

SN156

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

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

Note : *L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.*

SN559

Pour le traitement d'appoint des personnes atteintes de crises d'épilepsie généralisées tonico-cloniques primaires réfractaires, c'est-à-dire à la suite de l'**échec** de deux médicaments anticrises **appropriés et tolérés** (utilisés soit en monothérapie ou en combinaison).

Note : *L'**intolérance** ou la **contre-indication** à deux médicaments anticrises ne satisfait pas à l'indication de paiement.*

RASAGILINE (MÉSYLATE DE)
Apo-Rasagiline
Azilect
Jamp Rasagiline
Teva-Rasagiline

SN116

Pour les personnes atteintes de la maladie de Parkinson avec fluctuations motrices, malgré une dopathérapie;

RILUZOLE
Apo-Riluzole
Mylan-Riluzole
Rilutek

SN53

Pour le traitement initial de la sclérose latérale amyotrophique chez les patients non trachéotomisés qui présentent des symptômes de la maladie depuis moins de 5 ans et une capacité vitale supérieure à 60 % de la valeur prédite.

Période d'autorisation : 6 mois

SN55

Pour la poursuite du traitement de la sclérose latérale amyotrophique en l'absence d'une trachéotomie.

Période d'autorisation : 6 mois.

RIVASTIGMINE

Apo-Rivastigmine
Exelon
Exelon Patch 10
Exelon Patch 5
Jamp Rivastigmine
Med-Rivastigmine
Mylan-Rivastigmine Patch 10
Mylan-Rivastigmine Patch 5
Rivastigmine
Rivastigmine Patch 10
Rivastigmine Patch 5
Sandoz Rivastigmine
Sandoz Rivastigmine Patch 10
Sandoz Rivastigmine Patch 5

SN499

Pour la demande initiale du traitement en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Les éléments suivants doivent être présents :

- score au MMSE variant de 10 à 26 ou encore s'élevant à 27 ou 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 6 mois

SN500

Pour la poursuite du traitement, en monothérapie chez les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer au stade léger ou modéré.

Le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par chacun des éléments suivants :

- 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, 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.

Note : l'usage concomitant d'un inhibiteur de la cholinestérase (donépézil, galantamine ou rivastigmine) et de la **mémantine** est autorisé pour une durée d'**un mois pour permettre la transition** entre les deux classes de médicaments. L'usage concomitant au-delà d'un mois ne satisfait pas à l'indication de paiement et le code ne doit pas être apposé sur l'ordonnance.

Période d'autorisation : 12 mois

ROTIGOTINE

Neupro

SN579

En association avec la lévodopa, pour le traitement des patients atteints de la maladie de Parkinson au stade avancé.

SN580

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.

Note : *L'**intolérance** à un autre agoniste dopaminergique ne satisfait pas à l'indication de paiement.*

RUFINAMIDE

Auro-Rufinamide
Banzel

SN539

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

TÉRIFLUNOMIDE

ACH-Teriflunomide
Apo-Teriflunomide
Jamp Teriflunomide
M-Teriflunomide
Mar-Teriflunomide
NAT-Teriflunomide
Sandoz Teriflunomide
Teva-Teriflunomide
pms-Teriflunomide

SN134

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 médecin 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, Avonex[MC], Betaseron[MC] et Extavia[MC] demeurent couverts 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 pourvu que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)

Mint-Tizanidine
Tizanidine

SN47

Pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré;

TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)

SN52

Pour la prévention et le traitement des manifestations neurologiques associées à la malabsorption de la vitamine E;

Note : À titre d'exemples, la fibrose kystique, les cholestases et la dérivation bilio-pancréatique sont des conditions médicales qui entraînent une malabsorption de la vitamine E.

Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage dans le traitement de certaines maladies psychiatriques ou comme supplément à la diète pour son effet antioxydant ne satisfont pas aux indications de paiement.

VA – Varia

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Accel-Sevelamer [sévélamer (carbonate de)] 148
AG-Calcium Citrate Liquid [calcium (citrate de)] 141
AG-Calcium Citrate Liquid D 1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
AG-Calcium Liquide [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 142
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
AG-Vitamin B12 ER [cyanocobalamine] 142
Alfamino Junior [formule nutritive - monomérique] 145
Alimentum [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Alta-B12 [cyanocobalamine] 142
Apo-Dapagliflozine [dapagliflozine] 143
Auro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Beduzil [cyanocobalamine] 142
Beduzil 1500 [cyanocobalamine] 142
Bio-Vitamine B12 [cyanocobalamine] 142
CALCIUM (CARBONATE DE)....141
CALCIUM (CITRATE DE)....141
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D....141
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)....142
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D....142
CoaguChek XS PT Test [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang] 147
CoaguChek XS PT Test PST [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang] 147
CYANOCOBALAMINE....142
DAPAGLIFLOZINE....143
Enfamil Enfacare A+ [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 146
EquaCare Jr (toutes saveurs) [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Essential Care Jr [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Euro-B12 LA [cyanocobalamine] 142
EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES....143
FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ....143
FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE....143
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)....144
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)....144
FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO....144
FORMULE NUTRITIVE - MONOGEN NUTRICIA....144
Formule nutritive - Monogen Nutricia [formule nutritive - Monogen Nutricia] 144
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE....145
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)....145
FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)....146
FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE....146
Forxiga [dapagliflozine] 143
Fosrenol [lanthane hydraté (carbonate de)] 146
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Gluco Cal [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 142
Grastek [extrait allergénique de pollen de graminées] 143
i-Vitamin B12 ER [cyanocobalamine] 142
Jamp Calcium Citrate Liq. D400 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Jamp Lactogluconate Calcium [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 142
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000 [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400 [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Jamp-Calcium Citrate liq [calcium (citrate de)] 141
Jamp-Calcium Citrate liq D1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
Jamp-Vitamine B12 [cyanocobalamine] 142
Jamp-Vitamine B12 L.A. [cyanocobalamine] 142
LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)....146
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')....147
M-B12 1200 mcg L.A. [cyanocobalamine] 142
MCal Citrate liquide [calcium (citrate de)] 141
MCal Citrate liquide D1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
MCal Citrate poudre [calcium (citrate de)] 141
MCal Citrate poudre D 1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
M-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Modilac Expert Riz [formule nutritive - hydrolysat de protéines végétales (nourrissons et enfants)] 144
Nat-Lanthanum [lanthane hydraté (carbonate de)] 146
Neocate avec DHA et ARA [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Neocate Junior [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Neocate Junior avec fibres [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Neocate Splash [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Nutramigen A+ [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Nutramigen A+ LGG [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Opus Vitamine B12 L.A. [cyanocobalamine] 142
Oracle [réactif quantitatif du glucose dans le sang (Oracle)] 147
Oralair [extrait allergénique de pollen de graminées] 143
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE....147
PediaSure Peptide 1 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen 1.5 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen AF 1.2 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen avec Prebio 1 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen Junior [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen Junior 1.5 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Pivot 1.5 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Pluscal [calcium (carbonate de)] 141
pms-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Portagen [formule nutritive - lait écrémé/ huile de coco] 144
Pregestimil A+ [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Pro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
PurAmino A+ [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
PurAmino A+ Junior [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)....147
RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG....147
Renagel [sévélamer (chlorhydrate de)] 148
Renvela [sévélamer (carbonate de)] 148
Riva-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Riva-Vitamine B12 [cyanocobalamine] 142
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)....148
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)....148
Similac Neosure [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 146
SolCarb [formule nutritive - glucose polymérisé] 143
SoluCAL (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 142
SoluCAL D (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Solucal D+1000 (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Tolerex [formule nutritive - monomérique] 145
Triglycérides à chaîne moyenne [formule nutritive - huile de coco fractionnée] 143
Velphoro [oxyhydroxyde sucro-ferrique] 147
Vital Peptide 1 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Vital Peptide 1.5 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Vivonex Pédiatrique [formule nutritive - monomérique] 145
Vivonex Plus [formule nutritive - monomérique] 145
Vivonex T.E.N. [formule nutritive - monomérique] 145

CALCIUM (CARBONATE DE)
Mousse orale
Pluscal

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)
Sol. Orale
AG-Calcium Citrate Liquid
Jamp-Calcium Citrate liq
MCal Citrate liquide

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)
Pd. Orale
MCal Citrate poudre

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D
Sol. Orale
AG-Calcium Citrate Liquid D 1000
Jamp Calcium Citrate Liq. D400
Jamp-Calcium Citrate liq D1000
MCal Citrate liquide D1000

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D
Pd. Orale
MCal Citrate poudre D 1000

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)

AG-Calcium Liquide
Gluco Cal
Jamp Lactogluconate Calcium
SoluCAL (toutes saveurs)

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D

Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400
SoluCAL D (toutes saveurs)
Solucal D+1000 (toutes saveurs)

VA138

Pour les personnes qui ne peuvent recevoir des comprimés;

CYANOCOBALAMINE

Sol. Orale

Jamp-Vitamine B12

VA159

Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;

CYANOCOBALAMINE

Co. L.A.

AG-Vitamin B12 ER
Alta-B12
Beduzil
Beduzil 1500
Bio-Vitamine B12
Euro-B12 LA
Jamp-Vitamine B12 L.A.
M-B12 1200 mcg L.A.
Opus Vitamine B12 L.A.
Riva-Vitamine B12
i-Vitamin B12 ER

VA159

Pour les personnes souffrant d'une déficience en vitamine B12;

DAPAGLIFLOZINE

AG-Dapagliflozin
Apo-Dapagliflozine
Auro-Dapagliflozin
Forxiga
GLN-Dapagliflozin
JAMP Dapagliflozin
M-Dapagliflozin
NRA-Dapagliflozin
Pro-Dapagliflozin
Riva-Dapagliflozin
Sandoz Dapagliflozin
pms-Dapagliflozin

VA619

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.

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES

Grastek
Oralair

VA171

Pour le traitement des symptômes de rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.

La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen 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.

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ

SolCarb

VA2

Pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives;

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE

Triglycérides à chaîne moyenne

VA5

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)

Alimentum
Nutramigen A+
Nutramigen A+ LGG
Pregestimil A+

VA105

- Pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes de lait de vache. 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 qui 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.

  Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le ***service en ligne Patient et médicaments d'exception*** *pour soumettre une demande d'autorisation de paiement.*

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Modilac Expert Riz

VA599

- Pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes de lait de vache;
- Pour les nourrissons et les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves.

  Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le ***service en ligne Patient et médicaments d'exception*** *pour soumettre une demande d'autorisation de paiement. 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.*

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO

Portagen

VA5

Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;

FORMULE NUTRITIVE - MONOGEN NUTRICIA

Formule nutritive - Monogen Nutricia

VA5

Pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne;

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE

Alfamino Junior
Tolerex
Vivonex Plus
Vivonex Pédiatrique
Vivonex T.E.N.

VA98

- Pour l'alimentation entérale ;
- Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;
- Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;
- Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)

EquaCare Jr (toutes saveurs)
Essential Care Jr
Neocate Junior
Neocate Junior avec fibres
Neocate Splash
Neocate avec DHA et ARA
PurAmino A+
PurAmino A+ Junior

VA136

Pour les nourrissons ou les enfants souffrant de l'un ou l'autre des problèmes suivants :

- une allergie aux protéines intactes de lait de vache;
- une allergie aux protéines de soya;
- une allergie à de multiples protéines alimentaires;
- une diarrhée persistante;
- un trouble gastro-intestinal grave;

et chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine ou d'hydrolysats de protéines végétales n'a pas réussi à éliminer les symptômes;

Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le ***service en ligne Patient et médicaments d'exception*** *pour soumettre une demande d'autorisation de paiement. 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.*

Période d'autorisation : 12 mois.

VA137

Pour les nourrissons ou les enfants ayant des troubles gastro-intestinaux majeurs, dont la cause confirmée est une **allergie aux protéines bovines** et dont l'état a nécessité une **hospitalisation**;

Note : Pour les enfants âgés de 12 mois ou plus ou pour les demandes de renouvellement, utilisez le ***service en ligne Patient et médicaments d'exception*** *pour soumettre une demande d'autorisation de paiement. 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.*

Période d'autorisation : 12 mois

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)

Enfamil Enfacare A+
Similac Neosure

VA104

Pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins. Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance;

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE

PediaSure Peptide 1 Cal
Peptamen
Peptamen 1.5
Peptamen AF 1.2
Peptamen Junior
Peptamen Junior 1.5
Peptamen avec Prebio 1
Pivot 1.5 Cal
Vital Peptide 1 Cal
Vital Peptide 1.5 Cal

VA98

- Pour l'alimentation entérale ;
- Pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées;
- Pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale;
- Pour les personnes souffrant de fibrose kystique;

LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)

Fosrenol
Nat-Lanthanum

VA109

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 concommitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')

VA59

Comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave;

Note : Les diagnostics ou les justifications reliés à l'usage comme antiacide ne satisfont pas aux indications de paiement.

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE

Velphoro

VA109

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 concommitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)

Oracle

VA543

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**[MC] demeure couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées l'ayant utilisé au cours des 3 mois précédant le **3 février 2021**.

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG

CoaguChek XS PT Test
CoaguChek XS PT Test PST

VA541

Pour la mesure du rapport international normalisé (RIN) chez les personnes qui requièrent une anticoagulation orale de longue durée avec un antagoniste de la vitamine K et qui effectuent ce suivi à l'aide d'un coagulomètre **dont ils sont propriétaires**, selon une des options suivantes :

- autosurveillance : le patient effectue une mesure du RIN et transmet le résultat à un professionnel de la santé qui ajuste ou non la dose de l'antagoniste de la vitamine K;
- autocontrôle : le patient effectue une mesure du RIN, interprète le résultat et, au besoin, ajuste lui-même la dose de l'antagoniste de la vitamine K selon un algorithme.

Note : *Le code ne doit pas être apposé si le RIN est mesuré par une tierce personne propriétaire de l'appareil. (exemples :*

- *personnel infirmier;*
- *pharmacien;*
- *propriétaire d'une résidence privée pour aînés).*

SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)

Accel-Sevelamer
Renvela

VA109

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 concommitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)

Renagel

VA109

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 concommitante de lanthane hydraté, d'oxyhydroxyde sucro-ferrique et de sévélamer ne fait pas partie de l'indication de paiement.

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

AA-Adefovir [adéfovir dipivoxil] 7
Accel-Sevelamer [sévélamer (carbonate de)] 148
Acétate de glatiramère injectable [glatiramère (acétate de)] 126
ACH-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
ACH-Lacosamide [lacosamide] 130
ACH-Sitagliptin [sitagliptine] 52
ACH-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Acide zolédronique injectable [zolédronique (acide)] 85
Acide zolédronique pour injection [zolédronique (acide)] 86
Acide zolédronique-Z [zolédronique (acide)] 86
Aclasta [zolédronique (acide)] 85
ACT Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
ACT Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm2) [pansement antimicrobien - argent] 35
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²) [pansement anti-odeur - charbon activé] 38
Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²) [pansement anti-odeur - charbon activé] 38
Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²) [pansement anti-odeur - charbon activé] 38
Acular [kétorolac (trométhamine de)] 98
Acuvail [kétorolac (trométhamine de)] 98
Adderall XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
ADÉFOVIR DIPIVOXIL....7
Advair 100 Diskus [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 125 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 250 [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 250 Diskus [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Advair 500 Diskus [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
AG-Calcium Citrate Liquid [calcium (citrate de)] 141
AG-Calcium Citrate Liquid D 1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
AG-Calcium Liquide [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 142
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
AG-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
AG-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
AG-Lacosamide [lacosamide] 130
AG-Sennosides enrobé [sennosides A & B] 60
AG-Sitagliptin [sitagliptine] 52
AG-Ticagrelor [ticagrélor] 17
AG-Vitamin B12 ER [cyanocobalamine] 142
Alcon Tears [hydroxypropylméthylcellulose] 98
Alfamino Junior [formule nutritive - monomérique] 145
Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algisite M 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (30 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Alimentum [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 33
Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 33
Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne] 33
Allevyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Allevyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Allevyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Allevyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm2) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')....45
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....45
Alta-B12 [cyanocobalamine] 142
Alta-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
Alta-Senna [sennosides A & B] 60
AMB-Bisacodyl [bisacodyl] 57
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')....15
AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')....121
Anoro Ellipta [vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')] 113
Apo-Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
Apo-Brivaracetam [brivaracétam] 121
Apo-Cabergoline [cabergoline] 122
Apo-Colesevelam [colésévélam (chlorhydrate de)] 15
Apo-Dabigatran [dabigatran etexilate] 15
Apo-Dapagliflozine [dapagliflozine] 15
Apo-Dapagliflozine [dapagliflozine] 46
Apo-Dapagliflozine [dapagliflozine] 143
Apo-Dapaglifozin-Metformin [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)] 46
Apo-Diclofenac Ophtalmic [diclofénac sodique] 98
Apo-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Apo-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Apo-Gefitinib [géfitinib] 91
Apo-Linezolid [linezolide] 9
Apo-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Apo-Methylphenidate ER [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
Apo-Modafinil [modafinil] 131
Apo-Oxcarbazepine [oxcarbazépine] 132
Apo-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Apo-Rasagiline [rasagiline (mésylate de)] 133
Apo-Riluzole [riluzole] 133
Apo-Rivastigmine [rivastigmine] 134
Apo-Saxagliptin [saxagliptine] 51
Apo-Sitagliptin Malate [sitagliptine] 52

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Apo-Sitagliptin/Metformin XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Apo-Sitagliptine Metformine [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Apo-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Apo-Ticagrelor [ticagrélor] 17
Aptiom [eslicarbazépine (acétate d')] 124
Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (20 cm x 16,9 cm - 114,65 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (24 cm x 21,5 cm - 168,04 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Foam Pro (8 cm x 8 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Arazlo [tazarotène] 40
Aricept [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Atectura Breezhaler [indacatérol (acétate d')/mométasone (furoate de)] 107
Auro-Brivaracetam [brivaracétam] 121
Auro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Auro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Auro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Auro-Dapagliflozin/Metformin [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)] 46

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Auro-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Auro-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Auro-Febuxostat [febuxostat] 85
Auro-Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)] 125
Auro-Lacosamide [lacosamide] 130
Auro-Modafinil [modafinil] 131
Auro-Rufinamide [rufinamide] 135
Auro-Sitagliptin [sitagliptine] 52
Avonex Pen [interféron bêta-1A] 128
Avonex Pen [interféron bêta-1A] 129
Avonex PS [interféron bêta-1A] 128
Avonex PS [interféron bêta-1A] 129
AZÉLAÏQUE (ACIDE)....29
Azilect [rasagiline (mésylate de)] 133
Banzel [rufinamide] 135
Beduzil [cyanocobalamine] 142
Beduzil 1500 [cyanocobalamine] 142
Betaseron [interféron bêta-1B] 129
Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2") [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (12.5 cm x 12.5 cm - 156.25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Bio-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Bio-Sennosides [sennosides A & B] 60
Bio-Vitamine B12 [cyanocobalamine] 142
Biphentin [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
BISACODYL.....57
Bisacodyl [bisacodyl] 57
Bisacodyl Suppository [bisacodyl] 57
Bisacodyl Suppository 5 mg [bisacodyl] 57
Bisacodyl-Odan [bisacodyl] 57
Breo Ellipta [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)] 112
Breo Ellipta [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)] 112
Breztri Aerosphere [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide/glycopyrronium (bromure de)] 106
Brilinta [ticagrélor] 17
BRIVARACÉTAM.....121
Brivlera [brivaracétam] 121
BUPRÉNORPHINE.....121
CABERGOLINE.....122
CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE).....29
CALCIUM (CARBONATE DE).....141
CALCIUM (CITRATE DE).....141
CALCIUM (CITRATE DE).....141
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D.....141
CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D.....141
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE).....142
CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D.....142
CANAGLIFLOZINE.....45
Cancidas [caspofongine (acétate de)] 7
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE.....97
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE.....97
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE).....7
Caspofongine pour injection [caspofongine (acétate de)] 7
CÉNOBAMATE.....122
CHORIOGONADOTROPINE ALPHA.....71
Climara -50 [estradiol-17B] 71
Climara-25 [estradiol-17B] 71
Climara-75 [estradiol-17B] 71
CoaguChek XS PT Test [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang] 147
CoaguChek XS PT Test PST [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang] 147
COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE).....15
COLLAGÉNASE.....29
Collagénase [collagénase] 29
Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Comfilax [polyéthylène glycol] 59

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Concerta [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
Cresemba [isavuconazole] 8
Crinone [progestérone] 73
Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
CYANOCOBALAMINE....142
CYANOCOBALAMINE....142
CYCLOSPORINE....97
CYCLOSPORINE....97
DABIGATRAN ETEXILATE....15
DAPAGLIFLOZINE....15
DAPAGLIFLOZINE....46
DAPAGLIFLOZINE....143
DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....46
DENOSUMAB....85
Diclofenac [diclofénac sodique] 98
DICLOFÉNAC SODIQUE....98
Dificid [fidaxomicine] 8
Diflucan [fluconazole] 8
DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)....122
DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)....123
DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)....16
DOCUSATE DE CALCIUM....57
DOCUSATE DE SODIUM....57
Docusate de Sodium [docusate de sodium] 57
Docusate Sodique [docusate de sodium] 57
Docusate sodium [docusate de sodium] 57
Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE)....123
DORNASE ALFA....105
Dostinex [cabergoline] 122
Dovobet [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Dovobet Gel [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Duobrii [halobétasol (proprionate d')/tazarotène] 29
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm2) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 39
DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 39
DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane] 39
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
EDOXABAN....16
Elidel [pimécrolimus] 39
Emolax [polyéthylène glycol] 59
Emolax (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol] 59
EMPAGLIFLOZINE....47
EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....47
Endometrin [progestérone] 73
Enfamil Enfacare A+ [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 146
Enstilar [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Entresto [sacubitril/valsartan] 17
EquaCare Jr (toutes saveurs) [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')....124
Essential Care Jr [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Estalis 140/50 [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 71
Estalis 250/50 [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)] 71
ESTRADIOL-17B....71
ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)....71
Estradot [estradiol-17B] 71
Euro-B12 LA [cyanocobalamine] 142
Euro-Docusate [docusate de sodium] 57
Euro-Senna [sennosides A & B] 60
Exelon [rivastigmine] 134
Exelon Patch 10 [rivastigmine] 134
Exelon Patch 5 [rivastigmine] 134
Extavia [interféron bêta-1B] 129
EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES....143
Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
FEBUXOSTAT....85
Febuxostat [febuxostat] 85
FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)....65
FIDAXOMICINE....8
FILGRASTIM....79
Finacea [azélaïque (acide)] 29
Fleet Huileux [huile minérale] 58
Fleet Pédiatrique [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 58
FLUCONAZOLE....8
Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
FOLLITROPINE ALPHA....71
FOLLITROPINE BÊTA....72
FOLLITROPINE DELTA....72
Foquest [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE....105
FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)....106

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE)....107
FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ....143
FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE....143
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)....144
FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE PROTÉINES VÉGÉTALES (NOURRISSONS ET ENFANTS)....144
FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO....144
FORMULE NUTRITIVE - MONOGEN NUTRICIA....144
Formule nutritive - Monogen Nutricia [formule nutritive - Monogen Nutricia]....144
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE....145
FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)....145
FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)....146
FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE....146
Forxiga [dapagliflozine]....15
Forxiga [dapagliflozine]....46
Forxiga [dapagliflozine]....143
Fosrenol [lanthane hydraté (carbonate de)]....146
Fulphila [pegfilgrastim]....80
Fycompa [pérampanel]....133
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)....125
Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)]....125
GÉFITINIB....91
Glatect [glatiramère (acétate de) - (GLATECT)]....127
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE)....126
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT)....127
GLIMÉPIRIDE....47
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine]....15
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine]....46
GLN-Dapagliflozin [dapagliflozine]....143
GLN-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]....122
Gluco Cal [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]....142
GLYCÉRINE....57
GONADOTROPHINE CHORIONIQUE....72
Gonadotrophine Chorionique [gonadotrophine chorionique]....72
GONADOTROPHINES....72
Gonal-f [follitropine alpha]....71
Grastek [extrait allergénique de pollen de graminées]....143
Grastofil [filgrastim]....79
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE....29
Hepsera [adéfovir dipivoxil]....7
HUILE MINÉRALE....58
Huile Minérale [huile minérale]....58
Humalog Mix 25 [insuline lispro/ insuline lispro protamine]....48
Humalog Mix 25 KwikPen [insuline lispro/ insuline lispro protamine]....48
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE....98
HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70....98
INDACATÉROL (ACÉTATE D')/MOMÉTASONE (FUROATE DE)....107
INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE)....108
Inspiolto Respimat [olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)]....109
INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE....47
INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE....48
INTERFÉRON BÊTA-1A....128
INTERFÉRON BÊTA-1A....129
INTERFÉRON BÊTA-1B....129
Invokana [canagliflozine]....45
Iodosorb [pansement antimicrobien - iode]....36
Iressa [géfitinib]....91
ISAVUCONAZOLE....8
i-Vitamin B12 ER [cyanocobalamine]....142
JAMP Cabergoline [cabergoline]....122
Jamp Calcium Citrate Liq. D400 [calcium (citrate de)/ vitamine D]....141
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine]....15
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine]....46
JAMP Dapagliflozin [dapagliflozine]....143
JAMP Diclofenac [diclofénac sodique]....98
Jamp Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]....122
Jamp Docusate S Oblong [docusate de sodium]....57

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Jamp Gefitinib [géfitinib] 91
Jamp Lactogluconate Calcium [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 142
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000 [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400 [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Jamp Linezolid [linezolide] 9
Jamp Modafinil [modafinil] 131
JAMP Pentoxifylline SR [pentoxifylline] 16
Jamp Prasugrel [prasugrel] 16
Jamp Rasagiline [rasagiline (mésylate de)] 133
Jamp Rivastigmine [rivastigmine] 134
Jamp Sitagliptin [sitagliptine] 52
Jamp Teriflunomide [tériflunomide] 135
JAMP Ticagrelor [ticagrélor] 17
JAMP Trospium [trospium (chlorure de)] 65
Jamp Voriconazole [voriconazole] 10
Jamp-Bisacodyl [bisacodyl] 57
Jamp-Calcium Citrate liq [calcium (citrate de)] 141
Jamp-Calcium Citrate liq D1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
Jamp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 123
Jamp-Docusate Calcium [docusate de calcium] 57
Jamp-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
Jamp-Donepezil Tablets [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Jamp-Febuxostat [febuxostat] 85
Jamp-Lacosamide [lacosamide] 130
Jamp-Lactulose [lactulose] 58
Jamplyte (280g) [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 59
Jamp-Oxcarbazepine [oxcarbazépine] 132
Jamp-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Jamp-Senna [sennosides A & B] 60
Jamp-Sennosides Enrobé [sennosides A & B] 60
Jamp-Vitamine B12 [cyanocobalamine] 142
Jamp-Vitamine B12 L.A. [cyanocobalamine] 142
Jamp-Zoledronic Acid [zolédronique (acide)] 86
Janumet [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Janumet XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Januvia [sitagliptine] 52
Jardiance [empagliflozine] 47
Jentadueto [linagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 48
Jubbonti [denosumab] 85
Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kaltostat 40 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kaltotstat (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kaltotstat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kazano [alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)] 45
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kerracel (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Kesimpta (stylo) [ofatumumab] 132
Ketorolac [kétorolac (trométhamine de)] 98
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)....98
Komboglyze [saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 51

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

LACOSAMIDE....130
Lacosamide [lacosamide] 130
LACTULOSE....58
Lactulose [lactulose] 58
Lait de Magnésie [magnésium (hydroxyde de)] 58
LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)....146
Lapelga [pegfilgrastim] 80
Lax-A NEMA [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium] 58
Lax-A Senna [sennosides A & B] 60
Lax-A-Day Pharma [polyéthylène glycol] 59
LINAGLIPTINE....48
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....48
Linezolid Injection [linezolide] 9
LINEZOLIDE....9
LINEZOLIDE....9
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)....131
Lixiana [edoxaban] 16
Lodalis [colésévélam (chlorhydrate de)] 15
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)....58
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')....147
Mar-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Mar-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Mar-Febuxostat [febuxostat] 85
Mar-Lacosamide [lacosamide] 130
Mar-Modafinil [modafinil] 131
Mar-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Mar-Trospium [trospium (chlorure de)] 65
Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
M-B12 1200 mcg L.A. [cyanocobalamine] 142
MCal Citrate liquide [calcium (citrate de)] 141
MCal Citrate liquide D1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
MCal Citrate poudre [calcium (citrate de)] 141
MCal Citrate poudre D 1000 [calcium (citrate de)/ vitamine D] 141
M-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
M-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
M-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
M-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
M-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Med-Rivastigmine [rivastigmine] 134
Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Melgisorb Plus 45 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Menopur [gonadotrophines] 72
Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²) [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Mesalt (1 m) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement absorbant - chlorure de sodium] 30
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)....131
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)....131
Mint-Diclofenac [diclofénac sodique] 98
Mint-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Mint-Lacosamide [lacosamide] 130
Mint-Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Mint-Tizanidine [tizanidine (chlorhydrate de)] 135
MIRABEGRON....65
MODAFINIL....131
Modafinil [modafinil] 131
Modilac Expert Riz [formule nutritive - hydrolysat de protéines végétales (nourrissons et enfants)] 144
M-Peg 3350 [polyéthylène glycol] 59
M-Senna 8,6 mg [sennosides A & B] 60
M-Sennosides 8,6 mg [sennosides A & B] 60
M-Teriflunomide [tériflunomide] 135
M-Ticagrelor [ticagrélor] 17
MULTIVITAMINES....108
MULTIVITAMINES....108
Mylan-Galantamine ER [galantamine (bromhydrate de)] 125
Mylan-Riluzole [riluzole] 133
Mylan-Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine] 134
Mylan-Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine] 134
Myrbetriq [mirabegron] 65
Nadryl 25 [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 123
NAT-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Nat-Gefitinib [géfitinib] 91
Nat-Lanthanum [lanthane hydraté (carbonate de)] 146
NAT-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Neocate avec DHA et ARA [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Neocate Junior [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Neocate Junior avec fibres [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Neocate Splash [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Nesina [alogliptine (benzoate d')] 45
Neupro [rotigotine] 134
Nivestym [filgrastim] 79
NORA Senna [sennosides A & B] 60
Nora Sennosides [sennosides A & B] 60
NovoMix30 [insuline asparte/ insuline asparte protamine] 47
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
NRA-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
NRA-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
NRA-Lacosamide [lacosamide] 130
Nutramigen A+ [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Nutramigen A+ LGG [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Nypozi [filgrastim] 79
Nyvepria [pegfilgrastim] 80
OCRÉLIZUMAB....132
Ocrevus [ocrélizumab] 132
Oesclim 25 [estradiol-17B] 71
Oesclim 50 [estradiol-17B] 71
OFATUMUMAB....132
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)....109
Onglyza [saxagliptine] 51
Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²) [pansement antimicrobien bordé - argent] 37
Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Opus Senna [sennosides A & B] 60
Opus Sennosides Enrobé [sennosides A & B] 60
Opus Vitamine B12 L.A. [cyanocobalamine] 142
Oracle [réactif quantitatif du glucose dans le sang (Oracle)] 147
Oralair [extrait allergénique de pollen de graminées] 143
Ovidrel [choriogonadotropine alpha] 71
OXCARBAZÉPINE....132
OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE....147
Pansement à l'alginate de calcium 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Pansement à l'alginate de calcium 60 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Pansement à l'alginate de calcium 90 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM....30
PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES....31
PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION....32
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE....33
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES....33
PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION....34
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT....35
PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE....36
PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT....37
PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ....38
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE....38
PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE....39
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane] 38
PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE....39
PARAFFINE/HUILE MINÉRALE....99
pdp-AMLODIPINE [amlodipine (bésylate d')] 15
pdp-Diphenhydramine [diphenhydramine (chlorhydrate de)] 123
PediaSure Peptide 1 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peg 3350 [polyéthylène glycol] 59

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Peg 3350 (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol] 59
PEGFILGRASTIM....80
PegLyte (280 g) [polyéthylène glycol/ sodium (sulfate de)/ sodium (bicarbonate de)/ sodium (chlorure de)/ potassium (chlorure de)] 59
PENTOXIFYLLINE....16
Pentoxifylline SR [pentoxifylline] 16
Peptamen [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen 1.5 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen AF 1.2 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen avec Prebio 1 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen Junior [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Peptamen Junior 1.5 [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
PÉRAMPANEL....133
Pharma-Lacosamide [lacosamide] 130
Pharma-Lactulose [lactulose] 58
PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM....58
PIMÉCROLIMUS....39
Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)....49
Pivot 1.5 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Pluscal [calcium (carbonate de)] 141
pms-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
pms-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
pms-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
pms-Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
pms-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
pms-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
pms-Lactulose [lactulose] 58
pms-Lactulose-Pharma [lactulose] 58
pms-Methylphenidate CR [méthylphénidate (chlorhydrate de)] 131
pms-Sennosides [sennosides A & B] 60
pms-Sitagliptin [sitagliptine] 52
pms-Teriflunomide [tériflunomide] 135
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL....59
POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)....59
POLYVINYLIQUE (ALCOOL)....99
Portagen [formule nutritive - lait écrémé/ huile de coco] 144
Pradaxa [dabigatran etexilate] 15
PRASUGREL....16
Pregestimil A+ [formule nutritive - hydrolysat de caséine (nourrissons et enfants)] 144
Pregnyl [gonadotrophine chorionique] 72
Pro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Pro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Pro-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
PROGESTÉRONE....73
PROGESTÉRONE....73
Pro-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Pro-Sitagliptin Malate [sitagliptine] 52
Pro-Sitagliptin Malate/Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Protopic [tacrolimus] 39
PSYLLIUM (MUCILAGE DE)....59
Pulmozyme [dornase alfa] 105
PurAmino A+ [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
PurAmino A+ Junior [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)] 145
Puregon [follitropine bêta] 72
RASAGILINE (MÉSYLATE DE)....133
ratio-Docusate Sodium [docusate de sodium] 57
ratio-Lactulose [lactulose] 58
RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)....147
RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG....147
Rebif [interféron bêta-1A] 128
Reddy-Sitagliptin et Metformin Hydrochloride [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Refresh [polyvinylique (alcool)] 99
Refresh Celluvisc [carboxyméthylcellulose sodique] 97
Refresh Lacri-Lube [paraffine/huile minérale] 99

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Refresh plus [carboxyméthylcellulose sodique] 97
Refresh tears [carboxyméthylcellulose sodique/ purite] 97
Rekovelle [follitropine delta] 72
Relaxa [polyéthylène glycol] 59
Relaxa (30 sachets de 17 grammes) [polyéthylène glycol] 59
Renagel [sévélamer (chlorhydrate de)] 148
Renvela [sévélamer (carbonate de)] 148
Restasis [cyclosporine] 97
Restasis MultiDose [cyclosporine] 97
Retin-A [trétinoïne] 40
Rilutek [riluzole] 133
RILUZOLE....133
Riva-Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Riva-Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Riva-Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Riva-Senna [sennosides A & B] 60
RIVASTIGMINE....134
Rivastigmine [rivastigmine] 134
Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine] 134
Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine] 134
Riva-Vitamine B12 [cyanocobalamine] 142
Rosiglitazone [rosiglitazone (maléate de)] 50
ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)....50
ROTIGOTINE....134
RUFINAMIDE....135
SACUBITRIL/VALSARTAN....17
SALBUTAMOL (SULFATE DE)....109
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)....109
Sandoz Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine] 15
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine] 46
Sandoz Dapagliflozin [dapagliflozine] 143
Sandoz Diclofenac Ophtha [diclofénac sodique] 98
Sandoz Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)] 122
Sandoz Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Sandoz Estradiol Derm 100 [estradiol-17B] 71
Sandoz Estradiol Derm 50 [estradiol-17B] 71
Sandoz Estradiol Derm 75 [estradiol-17B] 71
Sandoz Fesoterodine Fumarate [fésotérodine (fumarate de)] 65
Sandoz Gefitinib [géfitinib] 91
Sandoz Glimepiride [glimépiride] 47
Sandoz Lacosamide [lacosamide] 130
Sandoz Linezolid [linezolide] 9
Sandoz Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Sandoz Pioglitazone [pioglitazone (chlorhydrate de)] 49
Sandoz Rivastigmine [rivastigmine] 134
Sandoz Rivastigmine Patch 10 [rivastigmine] 134
Sandoz Rivastigmine Patch 5 [rivastigmine] 134
Sandoz Saxagliptin [saxagliptine] 51
Sandoz Sitagliptin [sitagliptine] 52
Sandoz Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Sandoz Sitagliptin-Metformin XR [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Sandoz Teriflunomide [tériflunomide] 135
Sandoz Voriconazole [voriconazole] 10
Santyl [collagénase] 29
SAXAGLIPTINE....51
SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....51
Selax [docusate de sodium] 57
Senna [sennosides A & B] 60
Sennalax [sennosides A & B] 60
Sennalax Forte [sennosides A & B] 60
Sennosides [sennosides A & B] 60
SENNOSIDES A & B....60
SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)....148
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)....148
Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm- 200 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm- 121 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm- 25 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Similac Neosure [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)] 146
Sitagliptin [sitagliptine] 52
SITAGLIPTINE....52
SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)....52
Sitagliptin-Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
SolCarb [formule nutritive - glucose polymérisé] 143
SoluCAL (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)] 142
SoluCAL D (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Solucal D+1000 (toutes saveurs) [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D] 142
Stieva-A [trétinoïne] 40
Sublocade [buprénorphine] 121
Symbicort 100 Turbuhaler [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide] 105
Symbicort 200 Turbuhaler [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide] 105
Synjardy [empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)] 47
TACROLIMUS....39
Taro-Calcipotriol/Betamethasone Gel [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Taro-Dipyridamole/ASA [dipyridamole/ acétylsalicylique (acide)] 16
Taro-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Taro-Perampanel [pérampanel] 133
Taro-Sitagliptin Fumarate [sitagliptine] 52
Taro-Ticagrelor [ticagrélor] 17
TAZAROTÈNE....40
Tears Naturale II [hydroxypropylméthylcellulose/ dextran 70] 98
Tecfidera [diméthyle (fumarate de)] 122
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm² [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm² [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm² [pansement interface - polyamide ou silicone] 39
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm² [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm² [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm² [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm² [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
TÉRIFLUNOMIDE....135
Teva-Amphetamine XR [amphétamine (sels mixtes d')] 121
Teva-Betamethasone/Calcipotriol [calcipotriol/ bétaméthasone (dipropionate de)] 29
Teva-Cyclosporine [cyclosporine] 97
Teva-Donepezil [donépézil (chlorhydrate de)] 123
Teva-Febuxostat [febuxostat] 85
Teva-Lacosamide [lacosamide] 130
Teva-Lisdexamfetamine [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Teva-Modafinil [modafinil] 131
Teva-Rasagiline [rasagiline (mésylate de)] 133
Teva-Sitagliptin Malate [sitagliptine] 52
Teva-Sitagliptin malate / Metformin [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)] 52
Teva-Teriflunomide [tériflunomide] 135
Teva-Tobramycin [tobramycine (sulfate de)] 9
Teva-Voriconazole [voriconazole] 10
TICAGRÉLOR....17
Tizanidine [tizanidine (chlorhydrate de)] 135
TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE)....135

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Tobi [tobramycine (sulfate de)] 9
Tobi Podhaler [tobramycine (sulfate de)] 10
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)....9
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)....10
Tobramycine (sulfate de) [tobramycine (sulfate de)] 9
TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)....136
Tolerex [formule nutritive - monomérique] 145
Toviaz [fésotérodine (fumarate de)] 65
Trajenta [linagliptine] 48
Trelegy Ellipta [vilantérol (trifénatate de) / uméclidinium (bromure d') / fluticasone (furoate de)] 111
TRÉTINOÏNE....40
TRÉTINOÏNE....40
Triglycérides à chaîne moyenne [formule nutritive - huile de coco fractionnée] 143
Trileptal [oxcarbazépine] 132
Trosec [trospium (chlorure de)] 65
TROSPIUM (CHLORURE DE)....65
Uloric [febuxostat] 85
Ultibro Breezhaler [indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)] 108
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association] 34
UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association] 32
UrgoTul Ag(10 cm x 12 cm - 120 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
UrgoTul Ag(15 cm x 20 cm - 300 cm²) [pansement antimicrobien - argent] 35
Velphoro [oxyhydroxyde sucro-ferrique] 147
Ventolin Diskus [salbutamol (sulfate de)] 109
Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²) [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes] 33
Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes] 31
VERTÉPORFINE....99
Vfend [voriconazole] 10
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)....111
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)....112
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)....112
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')....113
Vimpat [lacosamide] 130
Visudyne [vertéporfine] 99
Vital Peptide 1 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Vital Peptide 1.5 Cal [formule nutritive - semi-élémentaire] 146
Vitamin A Acid Gel Doux [trétinoïne] 40
Vivonex Pédiatrique [formule nutritive - monomérique] 145
Vivonex Plus [formule nutritive - monomérique] 145
Vivonex T.E.N. [formule nutritive - monomérique] 145
Voltaren Ophtha [diclofénac sodique] 98
VORICONAZOLE....10
Voriconazole pour injection [voriconazole] 10
Vyvanse [lisdexamfétamine (dimésylate de)] 131
Wixela Inhub [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)] 109
Xcopri [cénobamate] 122
Xcopri (trousse de départ) [cénobamate] 122
Xigduo [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)] 46
Zenhale [formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone (furoate de)] 107
Ziextenzo [pegfilgrastim] 80
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)....85

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE).....86
Zometa [zolédronique (acide)] 86
Zyvoxam [linezolide] 9