



CODES DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION



Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2025

ISSN 1913-2808

ISBN 978-2-555-00906-6

Québec, le 10 avril 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 n° 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 n° 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
<i>Apo-Linezolid</i> [linezolide]	9
<i>Candidas</i> [caspofongine (acétate de)]	7
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)	7
<i>Caspofongine pour injection</i> [caspofoingine (acétate de)]	7
<i>Cresemba</i> [isavuconazole]	8
<i>Difucid</i> [fidaxomicine]	8
<i>Diflucan</i> [fluconazole]	8
FIDAXOMICINE	8
FLUCONAZOLE	8
<i>Hepsera</i> [adéfovir dipivoxil]	7
ISAVUCONAZOLE	8
<i>Jamp Linezolid</i> [linezolide]	9
<i>Jamp Voriconazole</i> [voriconazole]	10
<i>Linezolid Injection</i> [linezolide]	9
LINEZOLIDE	9
<i>Sandoz Linezolid</i> [linezolide]	9
<i>Sandoz Voriconazole</i> [voriconazole]	10
<i>Teva-Tobramycin</i> [tobramycine (sulfate de)]	9
<i>Teva-Voriconazole</i> [voriconazole]	10
<i>Tobi</i> [tobramycine (sulfate de)]	9
<i>Tobi Podhaler</i> [tobramycine (sulfate de)]	10
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	9
<i>Tobramycine (sulfate de)</i> [tobramycine (sulfate de)]	9
<i>Vfend</i> [voriconazole]	10
VORICONAZOLE	10
<i>Voriconazole pour injection</i> [voriconazole]	10
<i>Zyvoxam</i> [linezolide]	9

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

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
Casposfongine 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;

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

FIDAXOMICINE

Difcid

AI582

Pour le traitement de l'infection à Clostridioides difficile (C. difficile) chez les personnes présentant :

- au moins un des facteurs de risque de récurrence suivants :
 - Âge égal ou supérieur à 65 ans;
 - Immunosuppression grave;

ou

- une **première** récurrence d'infection, soit la réapparition de symptômes nécessitant un traitement dans les 12 semaines suivant la guérison clinique de l'infection initiale.

*Note : en cas de **deuxième récurrence ou plus** (récurrences 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.

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

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;

CODIFICATION - AI – Anti-infectieux – Usage systémique ou topique

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]

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

ALISKIRÈNE

Rasilez

CV111

Pour le traitement de l'hypertension artérielle, **en association** avec au moins un agent antihypertenseur, si échec thérapeutique, intolérance ou contre-indication à un agent de chacune des trois classes suivantes :

- un diurétique thiazidique
et
- un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)
et
- un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).

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

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.

CODIFICATION - CV – Système cardiovasculaire

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 $\leq 40\%$);
et
- qui reçoivent depuis **au moins 4 semaines** un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

*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);

CODIFICATION - CV – Système cardiovasculaire

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 cardiaque de **classe II ou III** de la *New York Heart Association* (NYHA) :

- qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection $\leq 40\%$);
et
- en association avec un bêta-bloquant, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

Note : L'usage du sacubitril/valsartan 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.

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]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

CODIFICATION - DE – Dermatologie

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

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

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;

CODIFICATION - DE – Dermatologie

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

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

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

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

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 récurrence 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.

CODIFICATION - DE – Dermatologie

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 récurrence 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 récurrence 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.

CODIFICATION - DE – Dermatologie

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;

CODIFICATION - DE – Dermatologie

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]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	51
<i>Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
SITAGLIPTINE	52
SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	52
<i>Sitagliptin-Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Synjardy</i> [empagliflozine / metformine (chlorhydrate de)]	47
<i>Taro-Sitagliptin Fumarate</i> [sitagliptine]	52
<i>Teva-Sitagliptin Malate</i> [sitagliptine]	52
<i>Trajenta</i> [linagliptine]	48
<i>Xigduo</i> [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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) adaptée au patient.

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) adaptée au patient.

DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)

Apo-Dapagliflozin-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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) est $\geq 7\%$.

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 (HbA_{1c}) 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;

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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.

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) 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 (HbA_{1c}) adaptée au patient.

CODIFICATION - EN – Endocrinologie

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 (HbA_{1c}) 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

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 (HbA_{1c}) adaptée au patient.

GI – Système gastro-intestinal

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

CODIFICATION - GI – Système gastro-intestinal

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;

CODIFICATION - GI – Système gastro-intestinal

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;

CODIFICATION - GI – Système gastro-intestinal

GI28

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

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Comilax

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;

CODIFICATION - GI – Système gastro-intestinal

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
<i>JAMP Trospium</i> [trospium (chlorure de)]	65
<i>Mar-Trospium</i> [trospium (chlorure de)]	65
MIRABEGRON	65
<i>Myrbetriq</i> [mirabegron]	65
<i>Sandoz Fesoterodine Fumarate</i> [fésotérodine (fumarate de)]	65
<i>Toviaz</i> [fésotérodine (fumarate de)]	65
<i>Trosec</i> [trospium (chlorure de)]	65
TROSPIMUM (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
<i>Climara -50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Climara-25</i> [estradiol-17B]	71
<i>Climara-75</i> [estradiol-17B]	71
<i>Crinone</i> [progestérone]	73
<i>Endometrin</i> [progestérone]	73
<i>Estalis 140/50</i> [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)]	71
<i>Estalis 250/50</i> [estradiol-17B/ noréthindrone (acétate de)]	71
ESTRADIOL-17B	71
ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE)	71
<i>Estradot</i> [estradiol-17B]	71
FOLLITROPINE ALPHA	71
FOLLITROPINE BÉTA	72
FOLLITROPINE DELTA	72
GONADOTROPINE CHORIONIQUE	72
<i>Gonadotrophine Chorionique</i> [gonadotrophine chorionique]	72
GONADOTROPHINES	72
<i>Gonal-f</i> [follitropine alpha]	71
<i>Menopur</i> [gonadotrophines]	72
<i>Oesclim 25</i> [estradiol-17B]	71
<i>Oesclim 50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Ovidrel</i> [choriogonadotropine alpha]	71
<i>Pregnyl</i> [gonadotrophine chorionique]	72
PROGESTÉRONNE	73
<i>Puregon</i> [follitropine bêta]	72
<i>Rekovele</i> [follitropine delta]	72
<i>Sandoz Estradiol Derm 100</i> [estradiol-17B]	71
<i>Sandoz Estradiol Derm 50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Sandoz Estradiol Derm 75</i> [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'entraîner 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'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente, ou avant l'exérèse radicale des ovaires.

CODIFICATION - GY – Gynécologie

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'entraîner 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'entraîner 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'entraîner 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'entraîner 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
<i>Fulphila</i> [pegfilgrastim]	80
<i>Grastofil</i> [filgrastim]	79
<i>Lapelga</i> [pegfilgrastim]	80
<i>Nivestym</i> [filgrastim]	79
<i>Nypozi</i> [filgrastim]	79
<i>Nyvepria</i> [pegfilgrastim]	80
PEGFILGRASTIM	80
<i>Ziextenzo</i> [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 $0,5 \times 10^9/L$**) 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 $1,5 \times 10^9/L$**) 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 $0,5 \times 10^9/L$) 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 $0,5 \times 10^9/L$;
- ◆ neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) 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 $0,5 \times 10^9/l$**) 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 $1,5 \times 10^9/l$**) 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]

<i>Acide zolédronique injectable</i> [zolédronique (acide)]	85
<i>Acide zolédronique pour injection</i> [zolédronique (acide)]	86
<i>Acide zolédronique-Z</i> [zolédronique (acide)]	86
<i>Aclasta</i> [zolédronique (acide)]	85
<i>Auro-Febuxostat</i> [febuxostat]	85
DENOSUMAB	85
FEBUXOSTAT	85
<i>Febuxostat</i> [febuxostat]	85
<i>Injection d'acide zolédronique</i> [zolédronique (acide)]	85
<i>Jamp-Febuxostat</i> [febuxostat]	85
<i>Jamp-Zoledronic Acid</i> [zolédronique (acide)]	86
<i>Jubbonti</i> [denosumab]	85
<i>Mar-Febuxostat</i> [febuxostat]	85
<i>Teva-Febuxostat</i> [febuxostat]	85
<i>Uloric</i> [febuxostat]	85
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	85
<i>Zometa</i> [zolédronique (acide)]	86

CODIFICATION - MS – Système musculo-squelettique

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

Injection d'acide zolédronique

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.

CODIFICATION - MS – Système musculo-squelettique

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]

<i>Apo-Gefitinib</i> [géfitinib]	91
GÉFITINIB	91
<i>Iressa</i> [géfitinib]	91
<i>Jamp Gefitinib</i> [géfitinib]	91
<i>Nat-Gefitinib</i> [géfitinib]	91
<i>Sandoz Gefitinib</i> [géfitinib]	91

GÉFITINIB

Apo-Gefitinib

Iressa

Jamp Gefitinib

Nat-Gefitinib

Sandoz Gefitinib

ON542

Pour le traitement de 1^{re} 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 – Ophthalmologie

DÉNOMINATION COMMUNE*Marque de commerce* [dénomination commune]

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

CODIFICATION - OP – Ophtalmologie

DICLOFÉNAC SODIQUE

Sol. Oph.

Apo-Diclofenac Ophthalmic

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 Naturelle 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]

<i>Advair 100 Diskus</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Advair 125</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Advair 250</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Advair 250 Diskus</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Advair 500 Diskus</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Anoro Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de)/uméclicinium (bromure d')]	113
<i>Ateectura Breezhaler</i> [indacatérol (acétate d')/mométasone (furoate de)]	107
<i>Breo Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)]	112
<i>Breztri Aerosphere</i> [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
<i>Inspolto Respirmat</i> [olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)]	109
MULTIVITAMINES	108
OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)	109
<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Pulmozyme</i> [dornase alfa]	105
SALBUTAMOL (SULFATE DE)	109
SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE)	109
<i>Symbicort 100 Turbuhaler</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide]	105
<i>Symbicort 200 Turbuhaler</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/ budésonide]	105
<i>Trelegy Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de) / uméclicinium (bromure d') / fluticasone (furoate de)]	111
<i>Ultibro Breezhaler</i> [indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)]	108
<i>Ventolin Diskus</i> [salbutamol (sulfate de)]	109
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)	111
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)	112
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDIUM (BROMURE D')	113
<i>Wixela Inhub</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Zenhale</i> [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 β_2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β_2 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 β_2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β_2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

CODIFICATION - RE – Système respiratoire

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 β_2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation;
ou
- qui reçoivent déjà un agoniste β_2 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 β_2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

CODIFICATION - RE – Système respiratoire

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 β_2 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 β_2 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 β_2 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)

Aectura 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;

CODIFICATION - RE – Système respiratoire

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 β_2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste β_2 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 β_2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste β_2 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 β_2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste β_2 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 β_2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste β_2 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;

CODIFICATION - RE – Système respiratoire

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 β_2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β_2 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 β_2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β_2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDIUM (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 β_2 à longue action et d'un corticostéroïde en inhalation;
ou
- qui reçoivent déjà un agoniste β_2 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 β_2 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 β_2 à longue action, d'un antimuscarinique à longue action et d'un corticostéroïde inhalé.

CODIFICATION - RE – Système respiratoire

RE386

Pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes recevant déjà un agoniste β_2 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)/umécldinium (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 β_2 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 β_2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β_2 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 β_2 à longue action et corticostéroïde inhalé) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action seul ou avec une association d'un agoniste β_2 à longue action et d'un antimuscarinique à longue action.

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDIUM (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 β_2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste β_2 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 β_2 à longue action et antimuscarinique à longue action) ne doit pas être utilisée en concomitance avec un bronchodilatateur à longue action (agoniste β_2 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]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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 1^{er} octobre 2007 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications reconnues prévues antérieurement.

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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière

et

- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le 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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière

et

- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le 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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière

et

- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le 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 lésion hyperintense en T2 non symptomatique touchant au moins 2 des 4 régions suivantes : périventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle ou moelle épinière

et

- le diamètre de ces lésions est de 3 mm ou plus.

La durée maximale de l'autorisation initiale est d'un an. Lors de demandes subséquentes, le 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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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;

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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 (MÉSULATE 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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

RIVASTIGMINE

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

Mylan-Rivastigmine Patch 10
Mylan-Rivastigmine Patch 5
Rivastigmine
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.

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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
Aubagio
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;

CODIFICATION - SN – Système nerveux autonome ou central

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]

<i>Accel-Sevelamer</i> [sévélamer (carbonate de)]	148
<i>AG-Calcium Citrate Liquid</i> [calcium (citrate de)]	141
<i>AG-Calcium Citrate Liquid D 1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	141
<i>AG-Calcium Liquide</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	142
<i>AG-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>AG-Vitamine B12 ER</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Alfamino Junior</i> [formule nutritive - monomérique]	145
<i>Alimentum</i> [formule nutritive - hydrolysats de caséine (nourrissons et enfants)]	144
<i>Alta-B12</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Apo-Dapagliflozine</i> [dapagliflozine]	143
<i>Auro-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>Beduzil</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Beduzil 1500</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Bio-Vitamine B12</i> [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
<i>CoaguChek XS PT Test</i> [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	147
<i>CoaguChek XS PT Test PST</i> [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	147
CYANOCOBALAMINE	142
DAPAGLIFLOZINE	143
<i>Enfamil Enfacare A+</i> [formule nutritive - préparation de suivi pour prématurés (nourrissons)]	146
<i>EquaCare Jr (toutes saveurs)</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	145
<i>Essential Care Jr</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	145
<i>Euro-B12 LA</i> [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
<i>Formule nutritive - Monogen Nutricia</i> [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
<i>Forxiga</i> [dapagliflozine]	143
<i>Fosrenol</i> [lanthane hydraté (carbonate de)]	146
<i>GLN-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>Glucocal</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	142
<i>Grastek</i> [extrait allergénique de pollen de graminées]	143
<i>i-Vitamine B12 ER</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Jamp Calcium Citrate Liq. D400</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	141
<i>JAMP Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>Jamp Lactogluconate Calcium</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)]	142
<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	142
<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)/vitamine D]	142
<i>Jamp-Calcium Citrate liq [calcium (citrate de)]</i>	141
<i>Jamp-Calcium Citrate liq D1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	141
<i>Jamp-Vitamine B12</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Jamp-Vitamine B12 L.A.</i> [cyanocobalamine]	142
LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)	146
MAGNÉSIIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D)	147
<i>M-B12 1200 mcg L.A.</i> [cyanocobalamine]	142
<i>MCal Citrate liquide</i> [calcium (citrate de)]	141
<i>MCal Citrate liquide D1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	141
<i>MCal Citrate poudre</i> [calcium (citrate de)]	141
<i>MCal Citrate poudre D 1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	141
<i>M-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>Modilac Expert Riz</i> [formule nutritive - hydrolysats de protéines végétales (nourrissons et enfants)]	144
<i>Nat-Lanthanum</i> [lanthane hydraté (carbonate de)]	146
<i>Neocate avec DHA et ARA</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	145
<i>Neocate Junior</i> [formule nutritive - monomérique avec fer (nourrissons ou enfants)]	145

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

CODIFICATION - VA – Varia

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;

CODIFICATION - VA – Varia

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
Tolorex
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)

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

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

CODIFICATION - VA – Varia

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 concomitante 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 concomitante 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).*

CODIFICATION - VA – Varia

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 concomitante 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 concomitante 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 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	38
Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm ²) [pansement anti-odeur - charbon activé]	38
Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm ²) [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]	16
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine]	46
AG-Dapagliflozin [dapagliflozine]	143
AG-Docusate Sodium [docusate de sodium]	57
AG-Donpezil [donépézil (chlorhydrate de)]	123
AG-Lacosamide [lacosamide]	130
AG-Sennosides enrobé [sennosides A & B]	60
AG-Sitagliptin [sitagliptine]	52
AG-Ticagrelor [ticagrélol]	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 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Algisite M 30 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Algosteril (30 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Alimentum [formule nutritive - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)]	144
ALISKIRÈNE	15
Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne]	33
Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne]	33
Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm ²) [pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne]	33
Allewyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Allewyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Allewyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Allewyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Allewyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Allewyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Allewyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Allewyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Allewyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Allewyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Allewyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Allewyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Allewyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Allewyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Allewyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Allewyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Allewyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Allewyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Allewyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Allewyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Allewyn Ag Non Adhésif (7,5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Allewyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Life (10,3 cm x 10,3 cm - 23 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Life (12,9 cm x 12,9 cm - 52 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Life (15,4 cm x 15,4 cm - 93 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Life (21 cm x 21 cm - 211 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Life Sacrum (17,2 cm x 17,5 cm - 96 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Life Sacrum (21,6 cm x 23 cm - 182 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Allewyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Allewyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')	45
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	45
<i>Alta-B12</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Alta-Docusate Sodium</i> [docusate de sodium]	57
<i>Alta-Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>AMB-Bisacodyl</i> [bisacodyl]	57
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')	15
AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D')	121
<i>Anoro Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de)/uméclidinium (bromure d')]	113
<i>Apo-Amphetamine XR</i> [amphétamine (sels mixtes d')]	121
<i>Apo-Brivaracetam</i> [brivaracétam]	121
<i>Apo-Cabergoline</i> [cabergoline]	122
<i>Apo-Colesevelam</i> [colésévélam (chlorhydrate de)]	15
<i>Apo-Dabigatran</i> [dabigatran étilate]	15
<i>Apo-Dapagliflozine</i> [dapagliflozine]	16
<i>Apo-Dapagliflozine</i> [dapagliflozine]	46
<i>Apo-Dapagliflozine</i> [dapagliflozine]	143
<i>Apo-Dapagliflozin-Metformin</i> [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]	46
<i>Apo-Diclofenac Ophthalmic</i> [diclofénac sodique]	98
<i>Apo-Dimethyl Fumarate</i> [diméthyle (fumarate de)]	122
<i>Apo-Donpezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	123
<i>Apo-Gefitinib</i> [géfítinib]	91
<i>Apo-Linezolid</i> [linezolide]	9
<i>Apo-Lisdexamfetamine</i> [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	131
<i>Apo-Methylphenidate ER</i> [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	131
<i>Apo-Modafinil</i> [modafinil]	131
<i>Apo-Oxcarbazépine</i> [oxcarbazépine]	132
<i>Apo-Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
<i>Apo-Rasagiline</i> [rasagiline (mésylate de)]	133
<i>Apo-Riluzole</i> [riluzole]	133
<i>Apo-Rivastigmine</i> [rivastigmine]	134
<i>Apo-Saxagliptin</i> [saxagliptine]	51

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Auro-Dapagliflozin [dapagliflozine]	143
Auro-Dapagliflozin/Metformin [dapagliflozine/metformine (chlorhydrate de)]	46
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 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélatifiantes]	31
Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélatifiantes]	31
Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2") [pansement absorbant - fibres gélatifiantes]	31
Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélatifiantes]	31
Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Alginate Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Alginate Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain Silicone Non-Border (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain Silicone Non-Border (12,5 cm x 12,5 cm - 156.25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Biatain Silicone Non-Border (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Biatain Silicone Non-Border (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Biatain Silicone Non-Border (5 cm x 7.5 cm - 37.5 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Biatain Silicone Non-Border (7.5 cm x 7.5 cm - 56.25 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Bio-Donpezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	123
<i>Bio-Sennosides</i> [sennosides A & B]	60
<i>Bio-Vitamine B12</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Biphentin</i> [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	131
BISACODYL	57
<i>Bisacodyl</i> [bisacodyl]	57
<i>Bisacodyl Suppository</i> [bisacodyl]	57
<i>Bisacodyl Suppository 5 mg</i> [bisacodyl]	57
<i>Bisacodyl-Odan</i> [bisacodyl]	57
<i>Breo Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)]	112
<i>Breo Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de)/fluticasone (furoate de)]	112
<i>Breztri Aerosphere</i> [formotérol dihydraté (fumarate de) / budésonide/glycopyrronium (bromure de)]	106
<i>Brilinta</i> [ticagrélor]	17
BRIVARACÉTAM	121
<i>Brivlera</i> [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
<i>Cancidas</i> [caspofongine (acétate de)]	7
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE	97
CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE	97
CASPOFONGINE (ACÉTATE DE)	7
<i>Caspofongine pour injection</i> [caspofoingine (acétate de)]	7
CHORIOGONADOTROPINE ALPHA	71
<i>Climara -50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Climara-25</i> [estradiol-17B]	71
<i>Climara-75</i> [estradiol-17B]	71
<i>CoaguChek XS PT Test</i> [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	147
<i>CoaguChek XS PT Test PST</i> [réactif quantitatif du temps de prothrombine dans le sang]	147
COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE)	15
COLLAGÉNASE	29
<i>Collagénase</i> [collagénase]	29
<i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
<i>Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)</i> [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Comfilax [polyéthylène glycol]	59
Concerta [méthylphénidate (chlorhydrate de)]	131
Cresemba [isavuconazole]	8
Crinone [progestérone]	73
Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm ²) [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
CYANOCOBALAMINE	142
CYANOCOBALAMINE	142
CYCLOSPORINE	97
CYCLOSPORINE	97
DABIGATRAN ETEXILATE	15
DAPAGLIFLOZINE	16
DAPAGLIFLOZINE	46
DAPAGLIFLOZINE	143
DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	46
DENOSUMAB	85
Diclofenac [diclofénac sodique]	98
DICLOFÉNAC SODIQUE	98
Difidic [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 (propionate d')/tazarotène]	29
DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane]	39
DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane]	39
DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane]	39
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm ²) [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 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Exufiber (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [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 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm ²) [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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE/GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE).....	106
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
<i>Formule nutritive - Monogen Nutricia</i> [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
<i>Forxiga</i> [dapagliflozine].....	16
<i>Forxiga</i> [dapagliflozine].....	46
<i>Forxiga</i> [dapagliflozine].....	143
<i>Fosrenol</i> [lanthane hydraté (carbonate de)].....	146
<i>Fulphila</i> [pegfilgrastim].....	80
<i>Fycompa</i> [pérampanel].....	133
GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE).....	125
<i>Galantamine ER</i> [galantamine (bromhydrate de)].....	125
GÉFITINIB.....	91
<i>Glatect</i> [glatiramère (acétate de) - (GLATECT)].....	127
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE).....	126
GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT).....	127
GLIMÉPIRIDE.....	47
<i>GLN-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine].....	16
<i>GLN-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine].....	46
<i>GLN-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine].....	143
<i>GLN-Dimethyl Fumarate</i> [diméthyle (fumarate de)].....	122
<i>Glucal</i> [calcium (gluconate de)/calcium (lactate de)].....	142
GLYCÉRINE.....	57
GONADOTROPHINE CHORIONIQUE.....	72
<i>Gonadotrophine Chorionique</i> [gonadotrophine chorionique].....	72
GONADOTROPHINES.....	72
<i>Gonal-f</i> [follitropine alpha].....	71
<i>Grastek</i> [extrait allergénique de pollen de graminées].....	143
<i>Grastofil</i> [filgrastim].....	79
HALOBÉTASOL (PROPRIONATE D')/TAZAROTÈNE.....	29
<i>Hepsera</i> [adéfovir dipivoxil].....	7
HUILE MINÉRALE.....	58
<i>Huile Minérale</i> [huile minérale].....	58
<i>Humalog Mix 25</i> [insuline lispro/ insuline lispro protamine].....	48
<i>Humalog Mix 25 KwikPen</i> [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
<i>Injection d'acide zolédronique</i> [zolédronique (acide)].....	85
<i>Inspiolto Respimat</i> [olodatérol (chlorhydrate d')/tiotropium (bromure monohydraté de)].....	109
INSULINE ASPARTE/ INSULINE ASPARTE PROTAMINE.....	47
INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE.....	48
INTERFÉRON BÉTA-1A.....	128
INTERFÉRON BÉTA-1A.....	129
INTERFÉRON BÉTA-1B.....	129
<i>Invokana</i> [canagliflozine].....	45
<i>Iodosorb</i> [pansement antimicrobien - iode].....	36
<i>Iressa</i> [géfinitib].....	91
ISAVUCONAZOLE.....	8
<i>i-Vitamin B12 ER</i> [cyanocobalamine].....	142
<i>JAMP Cabergoline</i> [cabergoline].....	122
<i>Jamp Calcium Citrate Liq. D400</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D].....	141
<i>JAMP Dapagliflozin</i> [dapagliflozine].....	16
<i>JAMP Dapagliflozin</i> [dapagliflozine].....	46
<i>JAMP Dapagliflozin</i> [dapagliflozine].....	143
<i>JAMP Diclofenac</i> [diclofénac sodique].....	98

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Jamp Dimethyl Fumarate [diméthyle (fumarate de)]	122
Jamp Docusate S Oblong [docusate de sodium]	57
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 [linezolid]	9
Jamp Modafinil [modafinil]	131
JAMP Pentoxifylline SR [pentoxifylline]	16
Jamp Prasugrel [prasugrel]	17
Jamp Rasagiline [rasagiline (mésylate de)]	133
Jamp Rivastigmine [rivastigmine]	134
Jamp Sitagliptin [sitagliptine]	52
Jamp Teriflunomide [tériflunomide]	135
JAMP Ticagrelor [ticagrélol]	17
JAMP Trosipium [trosipium (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 SR [diphenhydramine (chlorhydrate de)]	123
Jamp-Docusate Calcium [docusate de calcium]	57
Jamp-Docusate Sodium [docusate de sodium]	57
Jamp-Donpezil 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 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kaltostat 40 cm [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kazano [alogliptine (benzoate d')/ metformine (chlorhydrate de)]	45
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2xm x 20,3cm-207 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm- 26cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm -161 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Kendall Pans. sup. alg. calcium (10,2 cmx10,2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm- 100 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Kerracel (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kerracel (15 cm x 15 cm - 225 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kerracel (2 cm x 45 cm) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kerracel (5 cm x 5 cm - 25 cm ²) [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
Kesimpta (stylo) [ofatumumab]	132
Ketorolac [kétorolac (trométhamine de)]	98

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)	98
<i>Komboglyze</i> [saxagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	51
LACOSAMIDE	130
<i>Lacosamide</i> [lacosamide]	130
LACTULOSE	58
<i>Lactulose</i> [lactulose]	58
<i>Lait de Magnésie</i> [magnésium (hydroxyde de)]	58
LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE)	146
<i>Lapelga</i> [pegfilgrastim]	80
<i>Lax-A NEMA</i> [phosphate monobasique de sodium/ phosphate dibasique de sodium]	58
<i>Lax-A Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Lax-A-Day Pharma</i> [polyéthylène glycol]	59
LINAGLIPTINE	48
LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	48
<i>Linezolid Injection</i> [linezolid]	9
LINEZOLIDE	9
LINEZOLIDE	9
LISDEXAMFÉTAMINE (DIMÉSYLATE DE)	131
<i>Lixiana</i> [edoxaban]	16
<i>Lodalis</i> [colésévélam (chlorhydrate de)]	15
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)	58
MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')	147
<i>Mar-Dimethyl Fumarate</i> [diméthyle (fumarate de)]	122
<i>Mar-Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	123
<i>Mar-Febuxostat</i> [febuxostat]	85
<i>Mar-Lacosamide</i> [lacosamide]	130
<i>Mar-Modafinil</i> [modafinil]	131
<i>Mar-Teriflunomide</i> [tériflunomide]	135
<i>Mar-Trospium</i> [trospium (chlorure de)]	65
<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>M-B12 1200 mcg L.A.</i> [cyanocobalamine]	142
<i>MCal Citrate liquide</i> [calcium (citrate de)]	141
<i>MCal Citrate liquide D1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	141
<i>MCal Citrate poudre</i> [calcium (citrate de)]	141
<i>MCal Citrate poudre D 1000</i> [calcium (citrate de)/ vitamine D]	141
<i>M-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	16
<i>M-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>M-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>M-Docusate Sodium</i> [docusate de sodium]	57
<i>M-Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	123
<i>Med-Rivastigmine</i> [rivastigmine]	134
<i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>Melgisorb Plus 45 cm</i> [pansement absorbant - fibres géliantes]	31
<i>Menopur</i> [gonadotrophines]	72
<i>Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i> [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex Lite (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex Lite (5 cm x 12,5 cm - 21,25 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Flex Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20,25 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)</i> [pansement interface - polyamide ou silicone]	39
<i>Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i> [pansement interface - polyamide ou silicone]	39
<i>Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)</i> [pansement interface - polyamide ou silicone]	39
<i>Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)</i> [pansement interface - polyamide ou silicone]	39
<i>Mesalt (1 m)</i> [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
<i>Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
<i>Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i> [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
<i>Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i> [pansement absorbant - chlorure de sodium]	30
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	131
MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)	131
<i>Mint-Diclofenac</i> [diclofénac sodique]	98
<i>Mint-Donpezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	123
<i>Mint-Lacosamide</i> [lacosamide]	130
<i>Mint-Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
<i>Mint-Tizanidine</i> [tizanidine (chlorhydrate de)]	135
MIRABEGRON	65
MODAFINIL	131
<i>Modafinil</i> [modafinil]	131
<i>Modilac Expert Riz</i> [formule nutritive - hydrolysats de protéines végétales (nourrissons et enfants)]	144
<i>M-Peg 3350</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>M-Senna 8,6 mg</i> [sennosides A & B]	60
<i>M-Sennosides 8,6 mg</i> [sennosides A & B]	60
<i>M-Teriflunomide</i> [tériflunomide]	135
<i>M-Ticagrelor</i> [ticagrélor]	17
MULTIVITAMINES	108
MULTIVITAMINES	108
<i>Mylan-Galantamine ER</i> [galantamine (bromhydrate de)]	125
<i>Mylan-Riluzole</i> [riluzole]	133
<i>Mylan-Rivastigmine Patch 10</i> [rivastigmine]	134
<i>Mylan-Rivastigmine Patch 5</i> [rivastigmine]	134
<i>Myrbetriq</i> [mirabegron]	65
<i>Nadryl 25</i> [diphényldramine (chlorhydrate de)]	123
<i>NAT-Donpezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	123
<i>Nat-Gefitinib</i> [géfitinib]	91
<i>Nat-Lanthanum</i> [lanthane hydraté (carbonate de)]	146

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

NAT-Teriflunomide [tériflunomide]	135
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
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 aspartate/ insuline aspartate protamine]	47
NRA-Dapagliflozin [dapagliflozine]	16
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 - hydrolysate de caséine (nourrissons et enfants)]	144
Nutramigen A+ LGG [formule nutritive - hydrolysate 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 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm ²) [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm ²) [pansement antimicrobien bordé - argent]	37
Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm ²) [pansement antimicrobien - argent]	35
Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm ²) [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm ²) [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-104cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm ²) [pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane]	38
Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm ²) [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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Refresh</i> [polyvinylique (alcool)]	99
<i>Refresh Celluvisc</i> [carboxyméthylcellulose sodique]	97
<i>Refresh Lacri-Lube</i> [paraffine/huile minérale]	99
<i>Refresh plus</i> [carboxyméthylcellulose sodique]	97
<i>Refresh tears</i> [carboxyméthylcellulose sodique/ purite]	97
<i>Rekovelte</i> [follitropine delta]	72
<i>Relaxa</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Relaxa (30 sachets de 17 grammes)</i> [polyéthylène glycol]	59
<i>Renagel</i> [sévélamer (chlorhydrate de)]	148
<i>Renvela</i> [sévélamer (carbonate de)]	148
<i>Restasis</i> [cyclosporine]	97
<i>Restasis MultiDose</i> [cyclosporine]	97
<i>Retin-A</i> [trétinoïne]	40
<i>Rilutek</i> [riluzole]	133
RILUZOLE	133
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	16
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Riva-Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>Riva-Senna</i> [sennosides A & B]	60
RIVASTIGMINE	134
<i>Rivastigmine</i> [rivastigmine]	134
<i>Riva-Vitamine B12</i> [cyanocobalamine]	142
<i>Rosiglitazone</i> [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
<i>Sandoz Amphetamine XR</i> [amphétamine (sels mixtes d')]	121
<i>Sandoz Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	16
<i>Sandoz Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	46
<i>Sandoz Dapagliflozin</i> [dapagliflozine]	143
<i>Sandoz Diclofenac Ophtha</i> [diclofénac sodique]	98
<i>Sandoz Dimethyl Fumarate</i> [diméthyle (fumarate de)]	122
<i>Sandoz Donepezil</i> [donépézil (chlorhydrate de)]	123
<i>Sandoz Estradiol Derm 100</i> [estradiol-17B]	71
<i>Sandoz Estradiol Derm 50</i> [estradiol-17B]	71
<i>Sandoz Estradiol Derm 75</i> [estradiol-17B]	71
<i>Sandoz Fesoterodine Fumarate</i> [fésoférodine (fumarate de)]	65
<i>Sandoz Gefitinib</i> [géfitinib]	91
<i>Sandoz Glimepiride</i> [glimépiride]	47
<i>Sandoz Lacosamide</i> [lacosamide]	130
<i>Sandoz Linezolid</i> [linezolid]	9
<i>Sandoz Lisdexamfetamine</i> [lisdexamfétamine (dimésylate de)]	131
<i>Sandoz Pioglitazone</i> [pioglitazone (chlorhydrate de)]	49
<i>Sandoz Rivastigmine</i> [rivastigmine]	134
<i>Sandoz Rivastigmine Patch 10</i> [rivastigmine]	134
<i>Sandoz Rivastigmine Patch 5</i> [rivastigmine]	134
<i>Sandoz Saxagliptin</i> [saxagliptine]	51
<i>Sandoz Sitagliptin</i> [sitagliptine]	52
<i>Sandoz Sitagliptin-Metformin</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Sandoz Sitagliptin-Metformin XR</i> [sitagliptine/metformine (chlorhydrate de)]	52
<i>Sandoz Teriflunomide</i> [tériflunomide]	135
<i>Sandoz Voriconazole</i> [voriconazole]	10
<i>Santyl</i> [collagénase]	29
SAXAGLIPTINE	51
SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE)	51
<i>Selax</i> [docusate de sodium]	57
<i>Senna</i> [sennosides A & B]	60
<i>Sennalax</i> [sennosides A & B]	60
<i>Sennalax Forte</i> [sennosides A & B]	60
<i>Sennosides</i> [sennosides A & B]	60
SENNOSIDES A & B	60
SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)	148
SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)	148

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

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

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

<i>Tobi</i> [tobramycine (sulfate de)]	9
<i>Tobi Podhaler</i> [tobramycine (sulfate de)]	10
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	9
TOBRAMYCINE (SULFATE DE)	10
<i>Tobramycine (sulfate de)</i> [tobramycine (sulfate de)]	9
TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA)	136
<i>Tolerex</i> [formule nutritive - monomérique]	145
<i>Toviaz</i> [fésoatérodine (fumarate de)]	65
<i>Trajenta</i> [linagliptine]	48
<i>Trelegy Ellipta</i> [vilantérol (trifénatate de) / uméclidinium (bromure d') / fluticasone (furoate de)]	111
TRÉTINOÏNE	40
TRÉTINOÏNE	40
<i>Triglycérides à chaîne moyenne</i> [formule nutritive - huile de coco fractionnée]	143
<i>Trileptal</i> [oxcarbazépine]	132
<i>Trosec</i> [trospium (chlorure de)]	65
TROSPIUM (CHLORURE DE)	65
<i>Uloric</i> [febuxostat]	85
<i>Ultibro Breezhaler</i> [indacatérol (maléate d')/ glycopyrronium (bromure de)]	108
<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>UrgoClean Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>UrgoClean Ag (6 cm x 6 cm - 36 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association]	34
<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association]	32
<i>UrgoTul Ag (10 cm x 12 cm - 120 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>UrgoTul Ag (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i> [pansement antimicrobien - argent]	35
<i>Velphoro</i> [oxyhydroxyde sucro-ferrique]	147
<i>Ventolin Diskus</i> [salbutamol (sulfate de)]	109
<i>Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	33
<i>Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	33
<i>Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	33
<i>Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	33
<i>Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)</i> [pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes]	33
<i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
<i>Versiva XC Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
<i>Versiva XC Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
<i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i> [pansement absorbant - fibres gélifiantes]	31
VERTÉPORFINE	99
<i>Vfend</i> [voriconazole]	10
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE)	111
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)	112
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE)	112
VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDIUM (BROMURE D')	113
<i>Vimpat</i> [lacosamide]	130
<i>Visudyne</i> [vertéporfine]	99
<i>Vital Peptide 1 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	146
<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i> [formule nutritive - semi-élémentaire]	146
<i>Vitamin A Acid Gel Doux</i> [trétinoïne]	40
<i>Vivonex Pédiatrique</i> [formule nutritive - monomérique]	145
<i>Vivonex Plus</i> [formule nutritive - monomérique]	145
<i>Vivonex T.E.N.</i> [formule nutritive - monomérique]	145
<i>Voltaren Ophtha</i> [diclofénac sodique]	98
VORICONAZOLE	10
<i>Voriconazole pour injection</i> [voriconazole]	10
<i>Vyvanse</i> [lisdexamfétaïne (dimésylate de)]	131
<i>Wixela Inhub</i> [salmétérol (xinafoate de)/ fluticasone (propionate de)]	109
<i>Xigduo</i> [dapagliflozine/métformine (chlorhydrate de)]	46
<i>Zenhale</i> [formotérol dihydraté (fumarate de)/mométasone (furoate de)]	107
<i>Ziextenzo</i> [pegfilgrastim]	80
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	85
ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)	86
<i>Zometa</i> [zolédronique (acide)]	86

DÉNOMINATION COMMUNE

Marque de commerce [dénomination commune]

Zyvoxam [linezolide]9