



LISTE DES MÉDICAMENTS

Dépôt légal — Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021

ISSN 1913-2786

ISBN 978-2-550-89274-8 (PDF)

Québec, le 25 mai 2021

Annexe 1

Liste des médicaments 27 mai 2021

Table des matières

1. DÉTERMINATION DES PRIX INSCRITS À LA <i>LISTE DES MÉDICAMENTS</i>	3
2. ÉTABLISSEMENT DU PRIX PAYABLE	4
3. MÉDICAMENT MAGISTRAL	6
4. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION	7
5. FOURNITURES	10
6. PRÉSENTATION DES CAS, DES CONDITIONS ET DES CIRCONSTANCES DANS LESQUELS LE COÛT DE TOUT AUTRE MÉDICAMENT EST COUVERT PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL, À L'EXCEPTION DES MÉDICAMENTS OU DES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS CI-APRÈS INDIQUÉS	10
7. CAS D'EXCEPTION À L'EXCLUSION TEMPORAIRE D'UN MÉDICAMENT DES GARANTIES DU RÉGIME GÉNÉRAL D'ASSURANCE MÉDICAMENTS	13
8. MÉDICAMENTS DE LA CLASSE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS (IPP)	13
9. NOMBRE MAXIMAL DE RÉACTIFS QUANTITATIFS DU GLUCOSE DANS LE SANG (BANDELETTES)	14

ANNEXE I : Liste des fabricants ayant soumis des prix de vente garantis différents pour les grossistes et les pharmaciens.

ANNEXE II : Liste des grossistes en médicaments reconnus par le ministre et marge bénéficiaire de chaque grossiste reconnu.

ANNEXE III : Produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant maximum.

ANNEXE IV : Liste des médicaments d'exception avec indications reconnues pour paiement.

ANNEXE IV.1 : Liste des médicaments d'exception dont les indications reconnues demeurent couvertes pour les personnes en cours de traitement.

ANNEXE IV.2 : Médicaments retirés de la Liste des médicaments et dont la couverture d'assurance est maintenue pour les personnes en cours de traitement pharmacologique au moment du retrait.

ANNEXE V : Liste des médicaments pour lesquels la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas.

Sections et classes thérapeutiques

4:00	Antihistaminiques
8:00	Anti-infectieux
10:00	Antinéoplasiques
12:00	Médicaments s.n.a.
20:00	Médicaments du sang
24:00	Cardio-vasculaires
28:00	Médicaments s.n.c.
36:00	Agents diagnostiques
40:00	Électrolytes-diurétiques
48:00	Antitussifs, expectorants et agents mucolytiques
52:00	O.R.L.O.
56:00	Gastro-intestinaux
64:00	Antidotes des métaux lourds
68:00	Hormones et substituts
84:00	Peau et muqueuses
86:00	Spasmolytiques
88:00	Vitamines
92:00	Autres médicaments
	Médicaments d'exception
	Fournitures
	Liste des produits pour médicament magistral
	Véhicules, solvants ou adjuvants

1. DÉTERMINATION DES PRIX INSCRITS À LA *LISTE DES MÉDICAMENTS*

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

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

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

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

1.1. Prix de vente garanti

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

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

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

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

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

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

2. ÉTABLISSEMENT DU PRIX PAYABLE

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

2.1. Prix réel d'acquisition

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

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

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

2.2. Prix le plus bas

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

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

2.2.1. Méthode du prix le plus bas

Le prix payable pour un médicament de même dénomination commune, de même forme et de même teneur est celui de la marque de commerce dont le prix de vente garanti par le fabricant est le moins élevé pour un format donné.

2.2.2. Regroupement de formes pharmaceutiques et de teneurs

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

2.2.3. Exceptions à la méthode du prix le plus bas

La méthode du prix le plus bas ne s'applique pas lorsque l'auteur de l'ordonnance indique:

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

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

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

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

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

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

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

De même, la méthode du prix le plus bas ne s'applique pas aux médicaments biosimilaires.

2.3. Montant maximum

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

Toutefois, pourvu que les conditions prévues au point 6.5 soient par ailleurs respectées, le montant maximum indiqué à la liste pour le paiement des médicaments dont le numéro de code de facturation est 02244521, 02244522, 02249464 ou 02249472 ne s'applique pas lorsque le patient concerné est atteint de dysphagie grave ou porteur d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale et qu'il ne peut prendre ce médicament que si celui-ci est dissous. Le prix payable est alors le prix réel d'acquisition par le pharmacien.

2.4. Marge bénéficiaire du grossiste en médicaments reconnu

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

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

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

2.4.1. Plafonnement de la marge bénéficiaire

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

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

La liste des produits pour lesquels la marge bénéficiaire du grossiste est limitée à un montant de 49 \$ paraît à l'annexe III.

2.4.2. Deux prix de vente garantis

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

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

2.5. Conditions d'approvisionnement

Seuls les produits inscrits à la Liste et achetés par l'intermédiaire d'un fabricant reconnu ou d'un grossiste reconnu peuvent être facturés à la Régie par un pharmacien.

Pour son approvisionnement en médicaments, le pharmacien doit appliquer des règles de saine gestion et prévoir des achats rationnels basés sur la quantité dispensée d'un médicament durant une période d'au moins 30 jours.

2.6. Prix payable pour les médicaments fournis par des établissements

En vertu de l'article 37 de la Loi sur la pharmacie (chapitre P-10), des établissements sont autorisés à fournir des médicaments à des personnes autres que celles qui sont admises ou inscrites auprès d'eux. En plus des responsabilités qui leurs sont confiées en vertu du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation, ces établissements peuvent facturer au régime général les médicaments inscrits à la *Liste des médicaments* dressée par le ministre en vertu de l'article 60 de la Loi sur l'assurance médicaments, lorsqu'ils sont fournis à des personnes assurées par le régime général.

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

3. MÉDICAMENT MAGISTRAL

3.1. Définition

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

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

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

- Une préparation à effet systémique fabriquée à partir de formes orales de médicaments déjà inscrits à la *Liste des médicaments* et qui renferme une seule substance active.
- Une préparation d'un rince-bouche résultant du mélange
 - de deux ou plusieurs des médicaments suivants sous forme non injectable : diphenhydramine (chlorhydrate de), érythromycine, hydroxyzine, kétoconazole, lidocaïne, magnésium (hydroxyde de) / aluminium (hydroxyde d'), nystatine, sucralfate, tétracycline et un corticostéroïde, en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants ou
 - d'une forme orale d'acide tranexamique avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants.
- Une préparation pour usage topique constituée du mélange d'un médicament inscrit à la classe 84:00 « Peau et muqueuses » de la *Liste des médicaments*, et d'un ou plusieurs produits pour médicament

magistral suivants : acide salicylique, soufre et goudron en association, le cas échéant, avec un ou plusieurs véhicules, solvants ou adjuvants.

- Une préparation pour usage topique d'un ou plusieurs des produits suivants : acide salicylique, érythromycine, soufre, goudron et hydrocortisone dans une base de crème, d'éthanol, d'onguent, d'huile ou de lotion, à l'exception d'une préparation à base d'hydrocortisone seule dont la concentration est inférieure à 1 %.
- Une préparation ophtalmique renfermant :
 - de l'amikacine, de l'amphotéricine B, de la céfazoline, de la ceftazidime, du fluconazole, de la mitomycine, de la pénicilline G, de la vancomycine ou
 - de la tobramycine dans des concentrations de plus de 3 mg/mL ou
 - de la cyclosporine à la concentration de 1 % ou de 2 % ou
 - de l'interféron alfa-2b ou
 - de la cystéamine.
- Une solution ou une suspension orale d'acide folique, de dexaméthasone, de méthadone, de phytanadione, ou de vancomycine.
- Une des préparations suivantes :
 - une préparation pour usage rectal à base de sucralfate;
 - une préparation topique renfermant du trinitrate de glycéryle, de la nifédipine ou du diltiazem.
- Une préparation pour usage oral de benzoate de sodium.

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

3.3. Prix payable

La méthode applicable pour l'établissement du prix payable pour les produits qui servent à préparer les médicaments magistraux est celle déterminée à la Liste. Lorsqu'aucun prix n'y est indiqué, le prix payable est le prix coûtant du pharmacien.

4. MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

4.1. Présentation des médicaments d'exception dans la *Liste des médicaments*

Les médicaments d'exception sont regroupés aux annexes IV, IV.1 et IV.2 de la liste.

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

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

Quant aux médicaments d'exception mentionnés à l'Annexe IV.1, la mesure des médicaments d'exception vise à permettre que le coût de médicaments ayant été retirés de la Liste des médicaments à la suite d'une fin de couverture ou s'ils n'y ont pas été réinscrits soit garanti par le régime général selon les conditions prévues aux points 4.2.1 et 4.2.2.

Quant aux médicaments d'exception mentionnés à l'Annexe IV.2, la mesure des médicaments d'exception vise à permettre que le coût de médicaments ayant été retirés de la *Liste des médicaments* à la suite d'une fin de couverture ou s'ils n'y ont pas été réinscrits soit garanti par le régime général selon les conditions prévues au point 4.2.3, sans indication thérapeutique particulière.

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

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

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

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

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

4.2.2. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV.1

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

Pour le remboursement de Enbrel^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel^{MC} SureClick^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL :

- 1° dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde et de la spondylite ankylosante, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1;
- 2° dans le cas de l'arthrite idiopathique juvénile, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 1^{er} février 2018 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.
- 3° dans les cas d'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde ou autre que rhumatoïde ou d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.

Pour le remboursement de Lantus^{MC} Sol. Inj. S.C. 100U/mL (3 mL) et de Lantus^{MC} Solostar^{MC} Sol. Inj. S.C. 100U/mL (3 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.

Pour le remboursement de Copaxone^{MC} Sol. Inj. S.C.(ser) 20 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.

Pour le remboursement de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300mcg/mL (1,0 mL) et de Neupogen^{MC} Sol. Inj. 300mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1 sans qu'il n'y ait eu d'interruption du traitement pharmacologique.

Pour le remboursement de Remicade^{MC}, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.

Pour le remboursement de Rituxan^{MC} Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.

Pour le remboursement de Humira^{MC} (seringue et stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 3 mars 2021 et répondre aux indications de paiement de l'Annexe IV.1.

4.2.3. Médicaments mentionnés à l'Annexe IV.2

Les médicaments retirés de la *Liste des médicaments*, mentionnés à l'Annexe IV.2, font l'objet de garanties du régime général lorsque les conditions suivantes sont également remplies :

Pour le remboursement des médicaments Guêpe (Polistes Spp.) (DIN 01948970) et Vespидés combinés (DIN 01948873), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux de l'un de ces produits dans les six (6) mois précédent le 15 février 2017.

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

Pour le remboursement de Humalog^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (10 mL), Humalog^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL) et Humalog^{MC} KwikPen^{MC} Sol. Inj. S.C. 100 U/mL (3 mL), dans le cas où la personne admissible qui a commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux de l'un de ces produits dans les douze (12) mois précédent le 3 mars 2021.

5. FOURNITURES

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

5.1. Prix payable

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

6. PRÉSENTATION DES CAS, DES CONDITIONS ET DES CIRCONSTANCES DANS LESQUELS LE COÛT DE TOUT AUTRE MÉDICAMENT EST COUVERT PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL, À L'EXCEPTION DES MÉDICAMENTS OU DES CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS CI-APRÈS INDIQUÉS

6.1. Objectif

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

6.2. Cas, conditions et circonstances

6.2.1. Conditions

Un médicament non inscrit à la présente liste ou un médicament d'exception prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette liste au regard de ce médicament, fait exceptionnellement l'objet de garanties du régime général d'assurance médicaments lorsqu'aucun autre traitement pharmacologique inscrit à la présente liste ou aucun autre traitement médical dont le coût est assumé en vertu de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A-29) ne peut être envisagé parce que le traitement est contre-indiqué, non toléré de façon significative ou rendu inefficace en raison de la condition clinique de la personne admissible.

Ce médicament doit être :

- 1° soit un médicament manufacturé, commercialisé au Canada et, sous réserve du quatrième alinéa du présent article, porteur d'un DIN attribué par Santé Canada;
- 2° soit un médicament manufacturé, commercialisé au Canada et porteur d'un NPN attribué par Santé Canada, pourvu que ce médicament ait déjà été porteur d'un DIN attribué par cette même autorité;
- 3° soit un médicament magistral dont les ingrédients sont commercialisés au Canada, pourvu qu'il n'existe pas de médicaments commercialisés au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes ingrédients;
- 4° soit une préparation stérile faite par un pharmacien à partir de produits pharmaceutiques stériles commercialisés au Canada, dont au moins un de ces produits n'est pas inscrit à la présente liste pour administration parentérale ou pour usage ophtalmique, pourvu qu'il n'existe pas de préparations commercialisées au Canada, de même forme et de même teneur, contenant les mêmes produits.

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

- 1° critère relatif à la gravité de la condition médicale;

2° critère relatif à la chronicité, au traitement d'une infection aiguë et aux soins palliatifs.

Un médicament d'exception mentionné à l'annexe IV peut faire l'objet des garanties du régime général même si celui-ci n'est pas porteur d'un DIN attribué par Santé Canada, dans la mesure où il ne fait pas, par ailleurs, l'objet d'exclusion prévue à la présente liste.

6.2.1.1. Critère relatif à la gravité de la condition médicale

Le médicament vise le traitement d'une condition médicale grave dont souffre une personne admissible et pour qui la prise du médicament est une nécessité particulière, à caractère exceptionnel, documentée à son dossier médical.

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

- 1° immédiate en ce qu'elle limite déjà sévèrement les activités ou la qualité de vie de la personne qui en souffre ou qu'elle entraînerait pour cette personne, selon l'état des connaissances scientifiques, une atteinte fonctionnelle significative ou son décès;
- 2° prévisible à brève échéance, en ce que son évolution ou ses complications pourraient avoir des répercussions sur l'état de la personne admissible en termes de morbidité ou de mortalité.

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

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

Le médicament vise, selon le cas :

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

6.3. Cas d'exclusion

Bien que les conditions prévues à l'article 6.2.1 soient remplies pour qu'un médicament qui n'y est pas inscrit ou, dans le cas d'un médicament d'exception, prescrit pour une indication thérapeutique non énoncée à cette liste au regard de ce médicament fasse l'objet des garanties du régime général, une demande d'autorisation pour le paiement d'un tel médicament doit être refusée dans le cas des médicaments suivants :

- 1° (Supprimé);
- 2° les médicaments prescrits à des fins esthétiques ou cosmétiques;
- 3° les médicaments prescrits pour le traitement de l'alopecie ou de la calvitie;
- 4° les médicaments prescrits pour le traitement de la dysfonction érectile;
- 5° les médicaments prescrits pour le traitement de l'obésité;

- 6° les médicaments prescrits pour la cachexie et pour stimuler l'appétit;
- 7° l'oxygène;
- 8° Les médicaments prescrits pour traiter des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans fibrose hépatique (score Metavir de F0 ou équivalent) ou ayant une fibrose hépatique légère (score Metavir de F1 ou équivalent) et ne présentant pas de facteur de mauvais pronostic.

Une demande d'autorisation doit également être refusée à l'égard d'un médicament pour lequel le ministre a émis un avis de suspension ou de fin de couverture d'assurance ou qu'il n'a pas réinscrit à la liste des médicaments, à moins que le ministre ait maintenu la couverture d'assurance de ce médicament à l'égard des personnes en cours de traitement pharmacologique dans les cas suivants :

- 1° Pour le remboursement de Lantus^{MC} Sol. Inj. S.C. 100U/mL (3 mL) et de Lantus^{MC} Solostar^{MC} Sol. Inj. S.C (3 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 18 août 2017 et continuer de répondre aux conditions prévues à l'article 6.2.1;
- 2° Pour le remboursement de Copaxone^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 20 mg/mL (1 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 5 juillet 2018 et continuer de répondre aux conditions prévues à l'article 6.2.1;
- 3° Pour le remboursement de Neupogen^{MC} sol. Inj. 300 mcg/mL (1,0 mL) et Neupogen^{MC} sol. Inj. 300 mcg/mL (1,6 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 et continuer de répondre aux conditions prévues à l'article 6.2.1 sans qu'il n'y ait eu d'interruption du traitement pharmacologique;
- 4° Pour le remboursement de Enbrel^{MC} Sol. Inj. S.C. (seringue) 50 mg/mL et de Enbrel^{MC} SureClick^{MC} Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 19 août 2020 et continuer de répondre aux conditions prévues à l'article 6.2.1;
- 5° Pour le remboursement de Rituxan^{MC} Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL, la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 30 septembre 2020 et continuer de répondre aux conditions prévues à l'article 6.2.1;
- 6° Pour le remboursement de Humira^{MC} (seringue et stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL), la personne admissible doit avoir commencé le traitement et reçu un remboursement de la Régie ou d'un assureur ou par l'administrateur du régime d'avantages sociaux avant le 3 mars 2021 et continuer de répondre aux conditions prévues à l'article 6.2.1.

6.4. Prix payable

Sauf dans les cas visés au deuxième alinéa de l'article 2.2, le prix d'un médicament visé au présent article est le prix réel d'acquisition du médicament par le pharmacien.

6.5. Autorisation de paiement et durée d'autorisation

Le prescripteur doit faire parvenir :

- 1° à la Régie de l'assurance maladie du Québec, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par elle, une demande d'autorisation préalable dûment remplie, sur la formule qui lui est fournie par la Régie;
- 2° si elle est requise en vertu du contrat d'assurance collective ou du régime d'avantages sociaux applicable, à l'assureur ou à l'administrateur du régime d'avantages sociaux, dans le cas de personnes dont la protection prévue par le régime général est assumée par les assureurs en assurance

collective ou par les administrateurs des régimes d'avantages sociaux du secteur privé, une demande préalable d'autorisation dûment remplie, selon les modalités prévues à ce contrat ou par ce régime, le cas échéant.

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

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

L'exclusion temporaire d'un médicament prévue à l'article 60.0.2 de la Loi sur l'assurance médicaments (chapitre A-29.01), aux fins de la conclusion d'une entente d'inscription, ne s'applique pas à l'égard d'une personne dont la gravité de la condition médicale est telle, à la date de la transmission de la demande d'autorisation de paiement faite à la Régie conformément à l'article 6.5, que la prise de ce médicament ne peut être retardée au-delà de 30 jours de cette date sans que cela n'entraîne des complications menant à une détérioration irréversible de sa condition ou à son décès. De plus, le prescripteur doit démontrer que les effets cliniques bénéfiques attendus de ce médicament pour cette personne sont médicalement reconnus sur la base de données scientifiques.

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

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

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

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

- 1° pour une durée maximale de 90 jours de traitement, consécutifs ou non consécutifs, par période de 12 mois débutant le jour de la délivrance de l'IPP, dans le cas d'une dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée à l'investigation, avec ou sans prédominance de symptômes de reflux gastro-œsophagien, d'un *helicobacter pylori* positif et d'un ulcère gastrique ou duodénal;
- 2° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP12, dans le cas d'une dyspepsie secondaire associée à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, d'une prophylaxie cytoprotectrice, d'une grossesse, du port d'une sonde nasogastrique ou gastrojéjunale et d'un intestin court;
- 3° pour une durée maximale de 12 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP205, dans le cas d'une dyspepsie non investiguée ou sans lésion repérée à l'investigation, d'une dyspepsie fonctionnelle répondant aux IPP, d'une gastroentérite éosinophilique, d'un oesophage hypersensible et de symptômes extradiigestifs répondant aux IPP et récidivant à l'arrêt, si les symptômes de reflux gastro-œsophagien réapparaissent après le traitement initial prévu au paragraphe 1° et sont présents au moins trois jours par semaine;
- 4° pour une durée maximale de 24 mois de traitement, lorsque l'ordonnance indique le code PP999, dans le cas d'un oesophage de Barrett, du syndrome de Zollinger-Ellison, d'une sténose peptique de l'oesophage, d'une œsophagite à éosinophiles, d'une maladie de Crohn du tube digestif supérieur, de la prise d'enzymes pancréatiques n'ayant pas l'efficacité voulue à cause de leur inactivation par l'acidité gastrique, d'ulcères de Cameron, d'ulcères néoplasiques associés à un saignement chronique ou à une hémorragie digestive sur une lésion de l'estomac ou de l'oesophage, d'une

ectasie vasculaire antrale, d'une œsophagite érosive récidivante, d'un ulcère peptique idiopathique récidivant en l'absence d'helicobacter pylori ou de prise d'anti-inflammatoires, d'une gastrostomie qui fuit autour de la stomie et d'un anneau de Schatzki.

La durée maximale de traitement indiquée aux paragraphes 2°, 3° et 4° est renouvelable si la pathologie ou la condition particulière est toujours présente à la fin du traitement.

Toutefois, jusqu'au 4 octobre 2017, le premier alinéa ne s'applique pas aux personnes en cours de traitement entre le 2 novembre 2016 et le 2 mai 2017.

9. NOMBRE MAXIMAL DE RÉACTIFS QUANTITATIFS DU GLUCOSE DANS LE SANG (BANDELETTES)

9.1. Règles générales

Le nombre maximal de bandelettes dont le paiement est couvert par le régime général, par période de 365 jours à compter d'une première délivrance après le 2 mai 2017, varie selon que la personne se trouve dans l'une des situations suivantes :

- 1° s'il s'agit d'une personne atteinte de diabète traitée :
 - a) par insuline ou enceinte, 3 000 bandelettes;
 - b) par le répaglinide ou une sulfonylurée, 400 bandelettes;
 - c) par un médicament antidiabétique autre que l'insuline, le répaglinide ou une sulfonylurée ou n'est pas traitée par un médicament antidiabétique, 200 bandelettes.
- 2° s'il s'agit d'une personne sous insuline qui n'est pas visée par le 5e alinéa du point 9, 3 000 bandelettes.

Toutefois, ce nombre est augmenté de 100 bandelettes lorsqu'une personne visée aux sous-paragraphes b) et c) du paragraphe 1° et au paragraphe 2° du premier alinéa se trouve dans l'une des situations suivantes :

- 1° elle n'atteint pas les cibles glycémiques déterminées par son médecin pendant trois mois ou plus;
- 2° elle est atteinte d'une maladie aiguë, d'une comorbidité ou a subi une intervention médicale ou chirurgicale pouvant influencer le contrôle de sa glycémie;
- 3° elle commence un nouveau traitement médicamenteux connu pour ses effets hypoglycémifiants ou hyperglycémifiants;
- 4° elle présente des risques d'interactions médicamenteuses pouvant influencer le contrôle de sa glycémie;
- 5° son travail ou son occupation nécessite, d'après une personne légalement autorisée impliquée dans le suivi de cette personne, un contrôle plus étroit de sa glycémie pour sa sécurité et celle du public;
- 6° elle est atteinte de diabète de type 2, n'est pas sous insulinothérapie et planifie une grossesse.

Par ailleurs, dans le cas où le nombre maximal de bandelettes est atteint avant la fin de la période de 365 jours, un nombre additionnel de 100 bandelettes est également couvert par le régime général, pour une personne visée ci-après, lorsqu'une personne légalement autorisée impliquée dans le suivi de cette personne établit, compte tenu de sa situation, que le nombre maximal de bandelettes auquel elle a droit s'avère insuffisant :

- 1° une personne visée au deuxième alinéa;

- 2° une personne visée au sous-paragraphe a) du paragraphe 1° et au paragraphe 2° du premier alinéa qui se trouve dans la même situation que celle visée au deuxième alinéa.

Ce nombre additionnel de bandelettes est renouvelable tant que la situation de cette personne le requiert durant la période de 365 jours.

Le nombre maximal de bandelettes dont le paiement est couvert par le régime général est illimité pendant toute la durée de l'ordonnance pour toute personne ne souffrant pas de diabète et se trouvant dans l'une des situations cliniques à risque d'hypoglycémies symptomatiques potentiellement graves suivantes :

- 1° cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale de la catégorie des erreurs innées du métabolisme, d'un trouble de la néoglucogénèse ou d'une autre maladie métabolique avec atteintes sévères affectant les réserves de glucose et requérant un ajustement de l'alimentation en fonction de la mesure de glycémie;
- 2° cas en investigation ou confirmé d'une maladie congénitale ou acquise caractérisée par de l'hyperinsulinisme;
- 3° cas en investigation ou confirmé d'une maladie endocrinienne congénitale ou acquise caractérisée par un déséquilibre ou une déficience en hormones participant à la régulation de la glycémie;
- 4° cas en investigation ou confirmé du syndrome de chasse entraînant des hypoglycémies post-prandiales malgré un régime adapté;
- 5° prise d'un médicament modulant l'action d'hormones hypoglycémiantes ou hyperglycémiantes sur une base régulière par une personne ayant un historique d'hypoglycémies soutenues et documentées objectivement.

9.2. Règles concernant les utilisateurs de certains systèmes de mesure du glucose en continu

Les règles générales prévues au point 9.1 ne s'appliquent pas à une personne qui utilise le capteur Dexcom G6 (99113874) ou l'émetteur Dexcom G6 (99113875). Pour une telle personne, le nombre maximal de bandelettes dont le paiement est couvert par le régime général est de 100 bandelettes par période de 18 mois à compter d'une première délivrance.

Par ailleurs, dans le cas où le nombre maximal de bandelettes est atteint avant la fin de la période de 18 mois, un nombre maximal de 100 bandelettes additionnelles est également couvert par le régime général.

ANNEXE I

**LISTE DES FABRICANTS AYANT SOUMIS DES PRIX DE VENTE
GARANTIS DIFFÉRENTS POUR LES GROSSISTES ET LES
PHARMACIENS**

Fabricant		Écart entre le P.V.G. pharmaciens et le P.V.G. grossistes
Ara Pharm	Ara Pharmaceuticals	3%
Atlas	Laboratoire Atlas Inc.	5,66%, 5,71%, 5,7%, 5,65%
* Bionime	Bionime Corporation	5,66%
Cellchem	Cellchem Pharmaceuticals Inc.	6,5%
* Covidien	Covidien	6%
Del	Del Pharmaceuticals Inc.	5,56%
* Erfa	Erfa Canada 2012 Inc.	5%
* GMP	Generic Medical Partners Inc.	5%
I-Sens	I-Sens, Inc.	5%
Medelys	Medelys Laboratoires international inc.	5%
Medisure	Medi + Sure	6,25%
Medline	Medline Canada Corporation	2%
* Nipro Diag	Nipro Diagnostics Inc.	6%
* Purdue	Purdue Pharma	5%
* Septa	Septa Pharmaceuticals	5%
* Teligent	Teligent Canada Inc.	3%

* L'écart s'applique seulement sur certains produits de ce fabricant.

ANNEXE II

**LISTE DES GROSSISTES EN MÉDICAMENTS RECONNUS PAR
LE MINISTRE ET MARGE BÉNÉFICIAIRE DE CHAQUE
GROSSISTE RECONNU**

FAMILIPRIX INC.

Siège social: **FAMILIPRIX INC.**
6000, rue Armand-Viau
Québec (Québec) G2C 2C5

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement A

MCMAHON DISTRIBUTEUR PHARMACEUTIQUE INC.

Siège social: **MCMAHON DISTRIBUTEUR**
PHARMACEUTIQUE INC.
12225, boul. Industriel, suite 100
Montréal (P.A.T.) Québec H1B 5M7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement F

AMERISOURCE BERGEN CANADA

Siège social: **AMERISOURCE BERGEN CANADA**
10600, boul. du Golf
Anjou (Québec) H1J 2Y7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement H

SHOPPERS DRUG MART LIMITED

Siège social: **SHOPPERS DRUG MART LIMITED**
243, Consumers Road
North York (Ontario) M2J 4W8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement J

INNOMAR STRATEGIES INC.

Siège social: **INNOMAR STRATEGIES INC.**
1111, Grande Allée
Burlington (Ontario) L7N 3M7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement N

PharmaTrust MedServices Inc.

Siège social: **PharmaTrust MedServices Inc.**
2880 Brighton Road, Unit 2
Oakville (Ontario) L6H 5S3

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement P

McKesson Distribution Spécialisée Inc.**LE GROUPE JEAN COUTU (PJC) INC.**

Siège social: **LE GROUPE JEAN COUTU (PJC) INC.**
530, rue Bériault
Longueuil (Québec) J4G 1S8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement D

MCKESSON SERVICES PHARMACEUTIQUES

Siège social: **MCKESSON SERVICES**
PHARMACEUTIQUES
8290, boul. Pie IX
Montréal (Québec) H1Z 4E8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement G

KOHL & FRISCH LIMITED

Siège social: **KOHL & FRISCH LIMITED**
7622, Keele Street
Concord (Ontario) L4K 2R5

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement I

DISTRIBUTIONS PHARMAPLUS INC.

Siège social: **DISTRIBUTIONS PHARMAPLUS INC.**
2905, rue de Celles # 102
Québec (Québec) G2C 1W7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement M

GMD DISTRIBUTION INC.

Siège social: **GMD DISTRIBUTION INC.**
1215, North Service Rd. W.
Oakville (Ontario) L6M 2W2

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement O

DEX Medical Distribution Inc.

Siège social: **DEX Medical Distribution Inc.**
70 Esna Park Drive, Unit 11
Markham (Ontario) L3r 6e7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement Q

Andrew and David Wholesale Ltd.

Siège social: **McKesson Distribution Spécialisée Inc.**
8449 Lawson road, unit 102
Milton (Ontario) L9T 9L1

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement R

LPG Inventory Solutions

Siège social: **LPG Inventory Solutions**
40 Milburn Road
Hamilton, Ontario, Canada L8E 3L9

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement T

Nu-Quest Distribution Inc.

Siège social: **Nu-Quest Distribution Inc.**
101-96, Clyde Ave
Mount Pearl, Terre-Neuve, Canada A1N
4S2

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement V

Siège social: **Andrew and David Wholesale Ltd.**
3615 Laird rd. # 18
Mississauga (Ontario) L5L 5Z8

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement S

Acre Distribution Inc.

Siège social: **Acre Distribution Inc.**
250 Shields Court, Unit 3
Markham, Ontario, Canada L3R 9W7

Marge bénéficiaire 6,5%

Code de source d'approvisionnement U

ANNEXE III

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

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
ActavisPhm	ACT Bosentan Co. 125 mg	60
Roche	Actemra Sol. Inj. S.C. (ser) 162 mg/0,9 mL	4
Roche	Actemra Sol. Inj. S.C. (stylo) 162 mg/0,9 mL	4
Roche	Actemra Sol. Perf. I.V. 20 mg/mL (20 mL)	1
S. & N.	Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm ²) Pans. Plus de 500 cm ² (surface active)	6
ActavisPhm	ACT Temozolomide Caps. 250 mg	5
ActavisPhm	ACT Temozolomide Caps. 250 mg	20
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Fresenius	Acyclovir Sodique Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Sterimax	Acyclovir sodique injectable Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Aurobindo	Acyclovir Sodium Injection Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (10 mL)	10
Aurobindo	Acyclovir Sodium Injection Sol. Perf. I.V. 50 mg/mL (20 mL)	10
Bayer	Adempas Co. 0,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1 mg	42
Bayer	Adempas Co. 1,5 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2 mg	42
Bayer	Adempas Co. 2,5 mg	42
Novartis	Afinitor Co. 2,5 mg	30
Novartis	Afinitor Co. 5 mg	30
Novartis	Afinitor Co. 10 mg	30
Roche	Alecensaro Caps. 150 mg	240
Amgen	Amgevita (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Amgen	Amgevita (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Apotex	Apo-Abacavir-Lamivudine-Zidovudine Co. 300 mg - 150 mg - 300 mg	60
Apotex	Apo-Abiraterone Co. 500 mg	60
Apotex	Apo-Ambrisentan Co. 5 mg	30
Apotex	Apo-Ambrisentan Co. 10 mg	30
Apotex	Apo-Bosentan Co. 62,5 mg	56
Apotex	Apo-Bosentan Co. 125 mg	56
Apotex	Apo-Dasatinib Co. 20 mg	30
Apotex	Apo-Dasatinib Co. 50 mg	30

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Apotex	Apo-Dasatinib Co. 70 mg	30
Apotex	Apo-Dasatinib Co. 100 mg	30
Apotex	Apo-Gefitinib Co. 250 mg	30
Apotex	Apo-Linezolid Co. 600 mg	30
Bo. Ing.	Aptivus Caps. 250 mg	120
Amgen	Aranesp Seringue 80 mcg/0,4 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 100 mcg/0,5 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 130 mcg/0,65 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 150 mcg/0,3 mL	4
Amgen	Aranesp Seringue 300 mcg/0,6 mL	1
Amgen	Aranesp Seringue 500 mcg/1,0 mL	1
Gilead	Atripla Co. 600 mg - 200 mg - 300 mg	30
Genzyme	Aubagio Co. 14 mg	28
Biogen	Avonex Pen Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Biogen	Avonex PS Sol. Inj. I.M. 30 mcg (6 MUI)	4
Teligent	Baclofene injectable Sol. Inj. 2 mg/mL (5 mL)	10
Bayer	Betaseron Pd. Inj. 0,3 mg	15
Bayer	Betaseron Pd. Inj. 0,3 mg	45
GSK	Bexsero Susp. Inj. I.M. 50 mcg NHBA-50 mcg NadA-50 mcg fHbp-25 mcg OMV/0.5 mL	10 dose(s)
Gilead	Biktarvy Co. 50 mg -200 mg -25 mg	30
Biomed	Bio-Bosentan Co. 62,5 mg	56
Biomed	Bio-Bosentan Co. 125 mg	56
Merck	Brenzys (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Merck	Brenzys (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Ipsen	Cabometyx Co. 20 mg	30
Ipsen	Cabometyx Co. 40 mg	30
Ipsen	Cabometyx Co. 60 mg	30
Gilead	Cayston Sol. pour Inh. 75 mg	84
Sterimax	Céfuroxime pour injection USP Pd. Inj. 7,5 g	10
ViiV	Celsentri Co. 150 mg	60
ViiV	Celsentri Co. 300 mg	60
U.C.B.	Cimzia Sol. Inj. S.C. (ser) 200 mg/ml (1 ml)	2
U.C.B.	Cimzia Sol. Inj. S.C. (stylo) 200 mg/ml (1 ml)	2
Gilead	Complera Co. 200 mg - 25 mg - 300 mg	30
Novartis	Cosentyx (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Novartis	Cosentyx (seringue) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
Novartis	Cosentyx (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	1
Novartis	Cosentyx (stylo) Sol. Inj. S.C. 150 mg/mL (1 mL)	2
Roche	Cotellic Co. 20 mg	63

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
AZC	COVID-19 Vaccine AstraZeneca (100 doses) Susp. Inj. I.M. 5 x 1010 particules virales (PV) / 0,5 ml	100 dose(s)
AZC	COVID-19 Vaccine AstraZeneca (80 doses) Susp. Inj. I.M. 5 x 1010 particules virales (PV) / 0,5 ml	80 dose(s)
AZC	Covishield Susp. Inj. I.M. 5 x 1010 particules virales (PV) / 0,5 ml	100 dose(s)
Avir	Cresemba Caps. 100 mg	14
RRDC	Cystadane Pd. Orale 1 g/1,7 mL	180 g
RRDC	Cystadrops Sol. Oph. 0,37 %	5 ml
Merck	Delstrigo Co. 100 mg -300 mg -300 mg	30
Merck	Dificid Co. 200 mg	20
ViiV	Dovato Co. 50 mg-300 mg	30
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/mL (2 mL)	2
SanofiAven	Dupixent Sol. Inj. S.C. (ser) 175,44 mg/mL (1,14 mL)	2
SanofiAven	Eligard Trousse 22,5 mg	1
SanofiAven	Eligard Trousse 30 mg	1
SanofiAven	Eligard Trousse 45 mg	1
Takeda	Entyvio Pd. Perf. I.V. 300 mg	1
Paladin	Envarsus PA Co. L.A. 4 mg	100
Gilead	Epclusa Co. 400 mg -100 mg	28
Janss. Inc	Eprex Seringue 10 000 UI/1,0 mL	6
Sandoz	Erelzi SensoReady Pen Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Sandoz	Erelzi (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (1 mL)	4
Roche	Erivedge Caps. 150 mg	28
Janss. Inc	Erleada Co. 60 mg	120
Roche	Esbriet Caps. 267 mg	63
Roche	Esbriet Caps. 267 mg	270
Roche	Esbriet Co. 801 mg	90
Novartis	Extavia Pd. Inj. 0,3 mg	15
Bayer	Eylea Sol. Inj. 40 mg/mL (0,278 mL)	1
AZC	Fasenra Sol. Inj. S.C. (ser) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Fasenra Pen Sol. Inj. S.C. (stylo) 30 mg/mL (1 mL)	1
AZC	Faslodex Sol. Inj. I.M. (ser) 50 mg/mL (5 mL)	2
Shire HGT	Firazyr Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (3 mL)	1
Lilly	Forteo Sol. Inj. S.C. 250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)	1
BGP Pharma	Fulphila Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Roche	Fuzeon Pd. Inj. S.C. 108 mg	60
Amicus	Galafold Caps. 123 mg	14
Merck	Gardasil 9 Susp. Inj. I.M. 30mcg,40mcg,60mcg,40mcg, 20mcg/0,5 mL	10 dose(s)
Pfizer	Genotropin GoQuick Cartouche ou Sty 12 mg	5

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Gilead	Genvoya Co. 150 mg -150 mg -200 mg -10 mg	30
Novartis	Gilenya Caps. 0,5 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 20 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 30 mg	28
Bo. Ing.	Giotrif Co. 40 mg	28
Phmscience	Glatect Sol. Inj. S.C. (ser) 20 mg/mL (1 mL)	30
Novartis	Gleevec Co. 100 mg	120
Novartis	Gleevec Co. 400 mg	30
Serono	Gonal-f Sol. Inj. S.C. (stylo) 900 UI	1
Merck	Hadlima PushTouch(stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Merck	Hadlima (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Gilead	Harvoni Co. 90 mg -400 mg	28
BGP Pharma	Hulio (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
BGP Pharma	Hulio (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Lilly	Humatrope Cartouche 24 mg	1
Sandoz	Hyrimoz (seringue) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Sandoz	Hyrimoz (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Pendopharm	Ibavyr Co. 400 mg	100
Pfizer	Ibrance Caps. 75 mg	21
Pfizer	Ibrance Caps. 100 mg	21
Pfizer	Ibrance Caps. 125 mg	21
Pfizer	Ibrance Co. 75 mg	21
Pfizer	Ibrance Co. 100 mg	21
Pfizer	Ibrance Co. 125 mg	21
Fresenius	Idacio (stylo) Sol. Inj. S.C. 50 mg/mL (0,8 mL)	2
Janss. Inc	Imbruvica Caps. 140 mg	90
Pfizer	Inlyta Co. 1 mg	60
Pfizer	Inlyta Co. 5 mg	60
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 175 mg/0,875 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 263 mg/1,315 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 350 mg/1,75 mL	1
Janss. Inc	Invega Trinza Susp. Inj. I.M. 3 mois 525 mg/2,625 mL	1
AZC	Iressa Co. 250 mg	30
Novartis	Jakavi Co. 5 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 10 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 15 mg	56
Novartis	Jakavi Co. 20 mg	56
Jamp	Jamp Abiraterone Co. 250 mg	120
Jamp	Jamp Gefitinib Co. 250 mg	30

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
ViiV	Juluca Co. 50 mg -25 mg	30
Aegerion	Juxtapid Caps. 5 mg	28
Aegerion	Juxtapid Caps. 10 mg	28
Aegerion	Juxtapid Caps. 20 mg	28
Alexion	Kanuma Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (10 mL)	10 ml
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (ser) 150 mg/1,14 mL	2
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (ser) 200 mg/1,14 mL	2
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (stylo) 150 mg/1,14 mL	2
SanofiAven	Kevzara Sol. Inj. S.C. (stylo) 200 mg/1,14 mL	2
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	21
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	42
Novartis	Kisqali Co. 200 mg	63
Biomarin	Kuvan Co. 100 mg	120
Apotex	Lapelga Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Genzyme	Lemtrada Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL (1,2 mL)	1
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) 4 mg : 4 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) 8 mg : 4 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) 10 mg : 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) 12 mg : 4 mg (15 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) 14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) 20 mg : 10 mg (10 caps.)	6
Eisai	Lenvima Trousse (orale solide) 24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)	6
Jamp	Linezolid Injection Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (300 mL)	10
Taiho	Lonsurf Co. 15 mg - 6,14 mg	20
Taiho	Lonsurf Co. 20 mg - 8,19 mg	20
Novartis	Lucentis Sol. Inj. 10 mg/mL (0,23ml)	1
Novartis	Lucentis Sol. Inj. (ser) 10 mg/mL (0,165 ml)	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 11,25 mg	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 22,5 mg	1
AbbVie	Lupron Depot Trousse 30 mg	1
AZC	Lynparza Caps. 50 mg	448
AZC	Lynparza Co. 100 mg	60
AZC	Lynparza Co. 100 mg	120
AZC	Lynparza Co. 150 mg	60
AZC	Lynparza Co. 150 mg	120
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 250 mg	120
Marcan	Mar-Abiraterone Co. 500 mg	60
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	1
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	4

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Serono	Mavenclad Co. 10 mg	6
AbbVie	Maviret Trousse (orale solide) 100 mg -40 mg	28
Novartis	Mekinist Co. 0,5 mg	30
Novartis	Mekinist Co. 2 mg	30
Genzyme	Myozyme Pd. Perf. I.V. 50 mg	1
Natco	Nat-Abiraterone Co. 250 mg	120
Natco	NAT-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	56
Natco	NAT-Bosentan Co. 125 mg	60
Natco	Nat-Gefitinib Co. 250 mg	30
Pfizer	Neisvac-C Sol. Inj. I.M. 10 mcg/0,5 mL	10 dose(s)
Bayer	Nexavar Co. 200 mg	120
Bayer	Nimotop Co. 30 mg	100
Pfizer	Nivestym Sol. inj. 300 mcg/mL (1,0 mL)	10
Pfizer	Nivestym Sol. inj. 300 mcg/mL (1,6mL)	10
Bayer	Nubeqa Co. 300 mg	120
GSK	Nucala Pd. Inj. S.C. 100 mg	1
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (ser) 100 mg/mL	1
GSK	Nucala Sol. Inj. S.C. (stylo) 100 mg/mL	1
Roche	Nutropin AQ NuSpin 20 Cartouche ou Sty 20 mg	1
Pfizer	Nyvepria Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (0,6 mL)	1
Intercept	Ocaliva Co. 5 mg	30
Intercept	Ocaliva Co. 10 mg	30
Roche	Ocrevus Sol. Perf. I.V. 30 mg/mL (10 mL)	1
Gilead	Odefsey Co. 200 mg - 25 mg - 25 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 100 mg	60
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	30
Bo. Ing.	Ofev Caps. 150 mg	60
Alnylam	Onpattro Sol. Perf. I.V. 2 mg/mL (5 mL)	1
Janss. Inc	Opsumit Co. 10 mg	30
B.M.S.	Orencia Sol. Inj. S.C. (ser) 125 mg/mL (1 mL)	4
Amgen	Otezla Co. 30 mg	56
Allergan	Ozurdex Implant Intravitréen 0,7 mg	1
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 250 mg	120
Phmscience	pms-Abiraterone Co. 500 mg	60
Phmscience	pms-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Phmscience	pms-Bosentan Co. 125 mg	60
Celgene	Pomalyst Caps. 1 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 2 mg	21
Celgene	Pomalyst Caps. 3 mg	21

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Celgene	Pomalyst Caps. 4 mg	21
Merck	Posanol Co. L.A. 100 mg	60
Merck	Posanol Susp. Orale 40 mg/mL	1
Pfizer	Prevnar-13 Susp. Inj. I.M. 2,2 mcg/ 0,5 mL	10 dose(s)
Merck	Prevymis Co. 240 mg	28
Merck	Prevymis Co. 480 mg	28
Janss. Inc	Prezista Co. 75 mg	480
Janss. Inc	Prezista Co. 150 mg	240
Janss. Inc	Prezista Co. 600 mg	60
Knight	Probuphine Trousse (implants) 80 mg/implant	1
Horizon Ph	Procysbi Caps. L.A. 75 mg	250
Astellas	Prograf Caps. 5 mg	100
Roche	Pulmozyme Sol. pour Inh. 1 mg/mL (2,5 mL)	30
Merck	Puregon Cartouche 900 UI	1
Horizon	Quinsair Sol. pour Inh. 100 mg/mL (2,4 mL)	56
Mitsubushi	Radicava Sol. Perf. I.V. 0,3 mg/mL (100 mL)	2
Horizon	Ravicti Liq. 1,1 g/mL	25 ml
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	4
Serono	Rebif Sol. Inj. S.C. 44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	4
Dr Reddy's	Reddy-Abiraterone Co. 250 mg	120
Ferring	Rekovelte Cartouche 72 mcg	1
Ferring	Rekovelte Sol. Inj. S.C. (stylo) 72 mcg/2,16 mL	1
Janss. Inc	Remicade Pd. Perf. I.V. 100 mg	1
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 1 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 2,5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 5 mg/mL	20 ml
U.T.C.	Remodulin Sol. Inj. 10 mg/mL	20 ml
Upjohn	Revatio Co. 20 mg	90
Celgene	Revlimid Caps. 2,5 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 5 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 10 mg	28
Celgene	Revlimid Caps. 15 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 20 mg	21
Celgene	Revlimid Caps. 25 mg	21
Novartis	Revolade Co. 50 mg	14
Novartis	Revolade Co. 50 mg	28
Serono	Saizen Cartouche ou Sty 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 10 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 20 mg	1
Novartis	Sandostatin LAR Susp. Inj. I.M. 30 mg	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Sandoz	Sandoz Abiraterone Co. 250 mg	120
Sandoz	Sandoz Bosentan Co. 62,5 mg	60
Sandoz	Sandoz Bosentan Co. 125 mg	60
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 2,5 mg	30
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 5 mg	30
Sandoz	Sandoz Everolimus Co. 10 mg	30
Sandoz	Sandoz Gefitinib Co. 250 mg	30
Sandoz	Sandoz Posaconazole Co. L.A. 100 mg	60
Sandoz	Sandoz Tacrolimus Caps. 5 mg	100
Amgen	Sensipar Co. 90 mg	30
Valeant	Siliq (seringue) Sol. Inj. S.C. 140 mg/mL (1,5 mL)	2
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (App.) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi Sol. Inj. S.C. (ser) 50 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Simponi I.V. Sol. Perf. I.V. 12,5 mg/mL (4 mL)	1
AbbVie	Skyrizi Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/mL (0,83 mL)	2
Sandoz	Solution de Tobramycine pour Inhalation Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 60 mg/0,3 mL	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/0,3 mL	1
Ipsen	Somatuline Autogel Sol. Inj. S.C. (ser) 120 mg/0,5 mL	1
Gilead	Sovaldi Co. 400 mg	28
B.M.S.	Sprycel Co. 20 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 50 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 70 mg	60
B.M.S.	Sprycel Co. 100 mg	30
Janss. Inc	Stelara Sol. Inj. S.C. (ser) 45 mg/0,5 mL	1
Janss. Inc	Stelara Sol. Inj. S.C. (ser) 90 mg/1 mL	1
Bayer	Stivarga Co. 40 mg	84
Gilead	Stribild Co. 150 mg -150 mg -200 mg -300 mg	30
Cheplaphar	Suprefact Dépôt 3 mois Implant 9,45 mg	1
Pfizer	Sutent Caps. 12,5 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 25 mg	28
Pfizer	Sutent Caps. 50 mg	28
Ferring	Système Lutrepulse Trousse 3,2 mg - 3,2 mg - 3,2 mg	1
Novartis	Tafinlar Caps. 50 mg	120
Novartis	Tafinlar Caps. 75 mg	120
AZC	Tagrisso Co. 40 mg	30
AZC	Tagrisso Co. 80 mg	30
Lilly	Taltz (seringue) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1
Lilly	Taltz (stylo) Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)	1

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Roche	Tarceva Co. 100 mg	30
Roche	Tarceva Co. 150 mg	30
Taro	Taro-Bosentan Co. 62,5 mg	60
Taro	Taro-Bosentan Co. 125 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 20 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 50 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 70 mg	60
Taro	Taro-Dasatinib Co. 100 mg	30
Taro	Taro-Temozolomide Caps. 250 mg	5
Novartis	Tasigna Caps. 150 mg	112
Novartis	Tasigna Caps. 200 mg	112
Biogen	Tecfidera Caps. L.A. 240 mg	56
Akcea	Tegsedi Sol. Inj. S.C. (ser) 189 mg/mL (1,5 mL)	4
Merck	Temodal Caps. 250 mg	5
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 2,5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 5 mg	30
Teva Can	Teva-Everolimus Co. 10 mg	30
Teva Can	Teva-Tobramycin Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
Celgene	Thalomid Caps. 50 mg	28
Celgene	Thalomid Caps. 100 mg	28
Celgene	Thalomid Caps. 200 mg	28
BGP Pharma	Tobi Sol. pour Inh. 300 mg/5 mL	56
BGP Pharma	Tobi Podhaler Pd. pour Inh. 28 mg	224
Janss. Inc	Tracleer Co. 62,5 mg	56
Janss. Inc	Tracleer Co. 125 mg	56
Knight	Trelstar Trousse 22,5 mg	1
Knight	Trelstar LA Trousse 11,25 mg	1
ViiV	Triumeq Co. 50 mg - 600 mg - 300 mg	30
ViiV	Trizivir Co. 300 mg - 150 mg - 300 mg	60
Gilead	Truvada Co. 200mg- 300mg	30
Teva Innov	Truxima Sol. Perf. I.V. 10 mg/mL	50 ml
Pfizer	Tygacil Pd. Perf. I.V. 50 mg	10
Novartis	Tykerb Co. 250 mg	70
Biogen	Tysabri Sol. Inj. I.V. 300mg/15ml	1
Janss. Inc	Upravi Co. 200 mcg	60
Janss. Inc	Upravi Co. 400 mcg	60
Janss. Inc	Upravi Co. 600 mcg	60
Janss. Inc	Upravi Co. 800 mcg	60
Janss. Inc	Upravi Co. 1000 mcg	60
Janss. Inc	Upravi Co. 1200 mcg	60

Fabricant	Marque de commerce	Conditionnement
Janss. Inc	Upravi Co. 1400 mcg	60
Janss. Inc	Upravi Co. 1600 mcg	60
Roche	Valcyte Co. 450 mg	60
Cheplaphar	Vesanoid Caps. 10 mg	100
Oméga	Vespidés combinés Pd. Inj. 3,9 mg	1
Pfizer	Vfend Co. 200 mg	30
Cheplaphar	Visudyne Pd. Inj. I.V. 15 mg	1
GSK	Volibris Co. 5 mg	30
GSK	Volibris Co. 10 mg	30
Gilead	Vosevi Co. 400 mg -100 mg -100 mg	28
Novartis	Votrient Co. 200 mg	120
VPI	VPI-Amikacin Sol. Inj. 250 mg/mL (2 mL)	10
Pfizer	Vyndaqel Caps. 20 mg	120
Pfizer	Xalkori Caps. 200 mg	60
Pfizer	Xalkori Caps. 250 mg	60
Pfizer	Xeljanz Co. 5 mg	60
Pfizer	Xeljanz Co. 10 mg	60
Pfizer	Xeljanz XR Co. L.A. 11 mg	30
Astellas	Xospata Co. 40 mg	90
Astellas	Xtandi Caps. 40 mg	120
Roche	Zelboraf Co. 240 mg	56
Merck	Zepatier Co. 50 mg -100 mg	28
Merck	Zerbaxa Pd. Inj. I.V. 1 g - 0,5 g	10
Sandoz	Ziextenzo Sol. Inj. S.C. (ser) 10 mg/mL (0,6 mL)	1
TerSera	Zoladex LA Implant 10,8 mg	1
Gilead	Zydelig Co. 100 mg	60
Gilead	Zydelig Co. 150 mg	60
Novartis	Zykadia Caps. 150 mg	150
Janss. Inc	Zytiga Co. 250 mg	120
Janss. Inc	Zytiga Co. 500 mg	60

ANNEXE IV

LISTE DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION ET DES INDICATIONS RECONNUES POUR LEUR PAIEMENT

ABATACEPT, Pd. Perf. I.V. :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations pour l'abatacept, Sol. Inj. S.C. (ser) sont données à raison de 125 mg par semaine.

ABIRATÉRONNE (acétate d') :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

Toutefois, l'abiratérone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 10 juillet 2019, en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

ABOBOTULINUMTOXINA :

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

★ ACAMPROSATE :

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

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

ACIDE OBÉTICHOLOQUE :

- ◆ pour le traitement de la cholangite biliaire primitive :
 - en association avec l'ursodiol chez les adultes qui n'y répondent pas de façon satisfaisante après un traitement d'une durée minimale de 12 mois;
ou
 - en monothérapie chez les adultes qui présentent une intolérance à l'ursodiol.

Lors de la demande initiale, la personne doit présenter l'un des éléments suivants :

- un taux de phosphatase alcaline d'au moins 1,67 fois la limite supérieure de la normale;
- un taux de bilirubine totale excédant la limite supérieure de la normale, mais inférieur à 2 fois cette dernière.

La demande initiale est autorisée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une réduction du taux de phosphatase alcaline ou de bilirubine totale par rapport aux valeurs de base avant le début du traitement avec l'acide obéticholique.

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

ADALIMUMAB - arthrite psoriasique, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, spondylite ankylosante, polyarthrite rhumatoïde et psoriasis en plaque :

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave toujours, active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication :
 - en présence d'un score Mayo de 6 à 12 points;
 - et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes. L'essai d'un immunosuppresseur doit avoir été d'au moins 8 semaines.

Lors de la demande initiale, le médecin devra mentionner l'immunosuppresseur utilisé ainsi que la durée du traitement. La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 3 mois qui comprend un traitement d'induction à raison de 160 mg initialement et de 80 mg à la deuxième semaine, suivi d'un traitement d'entretien à la dose de 40 mg aux deux semaines.

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

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

Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le médecin devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, non tolérés ou qu'ils ont été inefficaces dans le passé lors d'un épisode similaire après un traitement combiné avec des corticostéroïdes.

Lors de la demande initiale, le médecin devra préciser la nature de la contre-indication ou de l'intolérance ainsi que l'immunosuppresseur utilisé. La demande initiale sera autorisée pour une période maximale de 3 mois qui comprend un traitement d'induction à raison de 160 mg initialement et de 80 mg à la deuxième semaine, suivi d'un traitement d'entretien de 40 mg aux deux semaines.

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

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

Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le médecin devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
 - ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
 - ou
 - un retour au travail.

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

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

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

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

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

pour la polyarthrite rhumatoïde :

- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde :

- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
- ou
- la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

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

- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

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

Pour la polyarthrite rhumatoïde, les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines. Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.

Pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde, les autorisations pour l'adalimumab sont données à raison de 40 mg aux 2 semaines.

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

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

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

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

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

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

ADALIMUMAB – arthrite juvénile idiopathique polyarticulaire :

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

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

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

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

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

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

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

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

ADÉFOVIR DIPIVOXIL :

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

AFATINIB (dimaléate d') :

- ◆ en monothérapie pour le traitement de première intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules métastatique, présentant une mutation activatrice de la tyrosine kinase de l'EGFR et dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

AFLIBERCEPT :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 4 critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
 - dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
 - absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique qui soit telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant;
 - évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 4 mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique. Les autorisations seront alors d'une durée maximale de 12 mois.

L'administration recommandée est d'une dose de 2 mg par mois les trois premiers mois et tous les 2 mois par la suite. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, les autorisations seront données à raison d'une dose par mois et par œil. Il est à noter que l'affibercept ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le ranibizumab ou la vertéporfine pour traiter le même œil.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
 - épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm.

L'autorisation initiale est accordée pour une durée maximale de 6 mois à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour une durée maximale de 12 mois. L'administration recommandée est d'une dose tous les 2 mois, par œil. Étant donné qu'une minorité de patients pourrait bénéficier d'une administration plus fréquente, les autorisations seront données à raison d'une dose par mois et par œil.

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

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
 - épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour des durées maximales de 12 mois. Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

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

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion d'une branche veineuse rétinienne.

L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :

- acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/120;
- épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
- absence de déficit pupillaire afférent.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour des durées maximales de 12 mois. Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

ALECTINIB (chlorhydrate d') :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

ALEMTUZUMAB :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté au moins 2 poussées au cours des 2 dernières années dont l'une doit avoir eu lieu durant la dernière année. De plus, l'une d'entre elles doit être survenue alors que la personne prenait depuis au moins 6 mois un agent modificateur de la maladie inscrit sur la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions. Le résultat sur l'échelle EDSS doit être égal ou inférieur à 5.

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

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

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

ALGLUCOSIDASE ALPHA :

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

ALIROCUMAB :

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

Chez les patients sans maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 % par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant.

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

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

- une histoire familiale d'HFHe confirmée par génotypage chez un parent du premier degré;
- La présence d'une mutation causant une hypercholestérolémie familiale des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 chez un parent du premier degré;
- la présence de xanthomes chez la personne ou chez un des parents du premier ou du deuxième degré;
- La présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans chez un parent du premier degré;
- une histoire familiale d'une concentration de C-LDL > 4,9 mmol/l chez un parent adulte du premier degré ou ≥ 4 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 18 ans;

- une histoire familiale d'une concentration du cholestérol total > 7,5 mmol/l chez un parent adulte du premier ou du deuxième degré ou > 6,7 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 16 ans.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution $\geq 40\%$ de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur avant le début du traitement avec l'alirocumab. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

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

ALISKIRÈNE :

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

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

ALISKIRÈNE / HYDROCHLOROTHIAZIDE :

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

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

ALITRÉTINOÏNE :

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

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

Des traitements subséquents peuvent être autorisés en cas de récurrence, aux conditions suivantes :

- le traitement précédent a conduit à la disparition complète ou quasi complète des symptômes;
- l'intensité des symptômes lors de la récurrence doit être modérée ou grave malgré un nouveau traitement continu d'au moins 4 semaines avec un corticostéroïde topique puissant ou très puissant, et ce, malgré l'élimination du contact des allergènes lorsqu'ils sont identifiés comme étant la cause de l'eczéma.

Le médecin devra alors fournir la réponse obtenue avec le traitement précédent ainsi que le degré d'atteinte au moment de la récurrence.

Les autorisations subséquentes sont accordées pour un traitement d'une durée maximale de 24 semaines à la dose de 30 mg par jour.

ALOGLIPTINE (benzoate d') :

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

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

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

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

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

AMBRISENTAN :

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

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

AMPHÉTAMINE (sels mixtes d') :

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

APALUTAMIDE :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

★ APIXABAN :

- ◆ pour la prévention de l'accident vasculaire cérébral et de l'événement embolique systémique chez les personnes qui présentent de la fibrillation auriculaire non valvulaire nécessitant une anticoagulothérapie.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une thromboembolie veineuse (thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire).

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

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

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

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

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

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

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

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

APOMORPHINE (chlorhydrate d') :

- ◆ pour le traitement des périodes « off » d'intensité modérée à sévère qui sont réfractaires à un traitement optimisé chez les patients atteints de la maladie de Parkinson au stade avancé.

APREMILAST :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, avant d'avoir recours à un agent biologique inscrit sur les listes de médicaments pour soigner cette maladie :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI); et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
 - lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
 - ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

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

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

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI;
- ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI;
- ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 6 mois.

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

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

★ APRÉPITANT :

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

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

ATOMOXÉTINE (chlorhydrate d') :

- ◆ pour le traitement des enfants et des adolescents avec trouble déficitaire de l'attention chez qui il n'a pas été possible d'obtenir un bon contrôle des symptômes de la maladie avec le méthylphénidate et une amphétamine ou lorsque ceux-ci sont contre-indiqués.

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

AXITINIB :

- ◆ pour le traitement de deuxième intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires après échec à un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

AZÉLAÏQUE (acide) :

- ◆ pour le traitement de l'acné rosacée lorsqu'une préparation topique de métronidazole est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

AZTRÉONAM :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa* :

- lorsque leur état se détériore malgré un traitement avec une formulation de tobramycine pour inhalation;

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

BENRALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes :
 - qui ont une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 300 cellules/microlitre ($0,30 \times 10^9/l$) au moment d'amorcer un traitement par le benralizumab, ou qui avaient cette concentration avant d'avoir amorcé un traitement par un autre médicament ciblant l'interleukine-5 (IL-5);
 - et
 - dont les symptômes ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation d'un corticostéroïde inhalé à une dose équivalente à 1 000 mcg de propionate de fluticasone, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes, d'un antimuscarinique à longue action en inhalation ou de la théophylline;
 - et
 - ayant présenté au moins deux exacerbations dans la dernière année, nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

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

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

Lors de la demande initiale, le médecin doit avoir préalablement vérifié la technique d'inhalation, l'observance au traitement pharmacologique et la mise en place de stratégies visant à réduire l'exposition aux pneumoallergènes auxquels la personne a obtenu un résultat positif lors d'un test cutané ou d'une épreuve de réactivité *in vitro*.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 8 mois.

Lors de la deuxième demande, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

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

La deuxième demande sera autorisée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve du maintien des effets bénéfiques à l'un des questionnaires précédemment mentionnés, ou d'une diminution du nombre d'exacerbations annuelles, telle que définie précédemment.

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 30 mg toutes les 4 semaines pour les trois premières doses suivies de 30 mg toutes les 8 semaines par la suite.

- ◆ pour le traitement de l'asthme grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les adultes qui ont une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 150 cellules/microlitre ($0,15 \times 10^9/l$) au moment d'amorcer le traitement par le benralizumab, ou qui avaient cette concentration avant d'avoir amorcé le traitement avec un autre médicament ciblant l'interleukine-5 (IL-5).

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 8 mois.

Lors de la deuxième demande, le médecin doit confirmer une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalente à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle avant le début du traitement au benralizumab.

La deuxième demande sera autorisée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit confirmer le maintien de la diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde oral.

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 30 mg toutes les 4 semaines pour les trois premières doses suivies de 30 mg toutes les 8 semaines par la suite.

BISACODYL :

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

BOSENTAN :

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

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

BRIVARACÉTAM :

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

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

BRODALUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI); et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;

- et
- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

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

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

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

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

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

BUPRÉNORPHINE :

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

BUPRÉNORPHINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement du trouble lié à l'utilisation d'opioïdes chez les adultes dont l'état clinique est stabilisé par une dose quotidienne de 8 mg ou moins de buprénorphine administrée par voie sublinguale.

CABERGOLINE :

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

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

CABOZANTINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

CALCIPOTRIOL / BÉTAMÉTHASONE (dipropionate de) :

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

CALCIUM (carbonate de). Mousse orale :

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

CALCIUM (citrate de), Sol. Orale :

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

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

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

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

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

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

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

CANAGLIFLOZINE :

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

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

CAPTEUR DEXCOM G6 :

- ◆ Personnes atteintes de diabète de type 1, âgées de deux ans ou plus, qui satisfont à un ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
ou
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
ou
 - inhabileté à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

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

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois si la personne démontre une utilisation optimale du Dexcom G6^{MC}, soit au moins 70 % du temps.

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE:

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

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

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois si la personne montre une utilisation optimale du FreeStyle Libre^{MC}, soit au moins 70% du temps.

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE :

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

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE / PURITE :

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

★ CASPOFONGINE (acétate de) :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.
- ◆ pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.
- ◆ pour le traitement de la candidose œsophagienne chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à l'itraconazole ou au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

★ CEFTOBIPROLE :

- ◆ pour le traitement de la pneumonie nosocomiale non acquise sous ventilation assistée lorsqu'un antibiotique contre le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline est indiqué et que la vancomycine ainsi que le linézolide sont inefficaces, contre-indiqués ou non tolérés.

★ CEFTOLOZANE / TAZOBACTAM :

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

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

CÉRITINIB :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

CERTOLIZUMAB PEGOL :

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

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

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

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

Pour l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :

- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
- la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

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

- un retour au travail.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement,

- ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI,
- ou
- un retour au travail.

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

Les autorisations pour le certolizumab sont données à raison de 400 mg aux semaines 0, 2 et 4, suivis de 200 mg toutes les 2 semaines ou de 400 mg toutes les 4 semaines.

CÉTRORÉLIX :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

CINACALCET (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes dialysées ayant une hyperparathyroïdie secondaire grave avec un taux de parathormone intacte supérieur à 88 pmol/L mesuré à 2 reprises à l'intérieur d'une période de 3 mois, malgré un traitement optimal à base de chélateurs du phosphore et de vitamine D à moins d'une intolérance importante ou d'une contre-indication à ces agents, et ayant soit :

- une calcémie corrigée $\geq 2,54$ mmol/L;
- ou
- une phosphorémie $\geq 1,78$ mmol/L;
- ou
- un produit phosphocalcique $\geq 4,5$ mmol²/L²;
- ou
- des manifestations ostéoarticulaires symptomatiques.

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

CLADRIBINE :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, dont le score à l'échelle EDSS est égal ou inférieur à 5,5 et :
 - qui ont présenté au moins une poussée au cours de la dernière année, dont l'une doit être survenue alors que la personne prenait depuis au moins 6 mois l'un des agents modificateurs de la maladie inscrits sur la liste des médicaments pour le traitement de première intention de cette maladie;
 - ou
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance à au moins deux agents modificateurs de la maladie inscrits à la liste des médicaments pour le traitement de première intention de cette maladie.

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

CLINDAMYCINE (phosphate de), Cr. Vag. :

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

COBIMÉTINIB :

- ◆ en association avec le vémurafénib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter que le cobimétinib, en association avec le vémurafénib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

★ CODÉINE (phosphate de), Sir. :

- ◆ pour le traitement de la douleur chez les personnes qui ne peuvent recevoir les comprimés.

COLÉSÉVÉLAM (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de l'hypercholestérolémie, chez les personnes dont le risque cardiovasculaire est élevé :
 - en association avec un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine) à dose optimale ou à dose moindre en cas d'intolérance;
 - lors d'une contre-indication à un inhibiteur de l'HMG-CoA réductase (statine);
 - lors d'une intolérance ayant mené à un arrêt de traitement d'au moins 2 inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase (statine).

COLLAGÉNASE :

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

CRIZOTINIB :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de première intention du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique chez les personnes :
 - dont la tumeur présente un réarrangement du gène ALK;

- et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

CYCLOSPORINE :

- ◆ pour le traitement de la kératoconjonctivite vernale grave.

CYSTÉAMINE, Sol. Oph. :

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

CYSTÉAMINE (bitartrate de) :

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

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

★ DABIGATRAN ETEXILATE :

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

DABRAFÉNIB (mésylate de) :

- ◆ en monothérapie ou en association avec le tramétinib pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

- ◆ en association avec le tramétinib, pour le traitement adjuvant d'un mélanome exprimant une mutation V600 du gène BRAF, avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, chez les personnes :
 - dont le mélanome a été complètement résecqué;
et
 - dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

DAPAGLIFLOZINE :

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

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

DAPAGLIFLOZINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

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

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

DARBÉPOÉTINE ALFA :

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

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 3 mois. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins 40x10⁹/L ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L. Un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/L devrait être visé.

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

DAROLUTAMIDE :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

DARUNAVIR, Co. 600 mg :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH :
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un autre inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral, à au moins trois inhibiteurs de la protéase.
- ◆ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une absence de sensibilité aux autres inhibiteurs de la protéase, jumelée à une résistance pour l'une ou l'autre des classes des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, ou aux deux, et :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à

- 500 copies/mL;
- et
- dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/ μ L;
- et
- pour qui l'utilisation du darunavir est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

DASATINIB :

- ◆ pour le traitement de première intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique chez les adultes qui présentent une contre-indication sérieuse à l'imatinib et au nilotinib.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

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

- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose chez les hommes à risque élevé de fractures ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

DENOSUMAB, Sol. Inj., 120 mg/1,7 ml :

- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer de la prostate résistant à la castration et présentant au moins une métastase osseuse.
- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes atteintes d'un cancer du sein et présentant au moins une métastase osseuse, en cas d'intolérance au pamidronate ou à l'acide zolédronique.

DEXAMÉTHASONE, Implant intravitréen :

- ◆ pour le traitement de l'œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine.

L'autorisation est accordée pour un traitement d'une durée maximale d'un an, avec un maximum de deux implants par œil atteint.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique chez les patients pseudophaques lorsque le traitement par un anti-VEGF est inefficace, contre-indiqué ou non toléré. L'œil à traiter doit également satisfaire aux deux critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/15 et 6/60;
 - épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 300 µm.

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

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique.

DICLOFÉNAC SODIQUE, Sol. Oph. :

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

DIMÉTHYLE (fumarate de) :

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

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.

DIPHENHYDRAMINE (chlorhydrate de) :

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

DIPYRIDAMOLE / ACÉTYLSALICYLIQUE (acide) :

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

DOCUSATE DE CALCIUM :

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

DOCUSATE DE SODIUM :

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

DONÉPÉZIL (chlorhydrate de) :

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

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

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

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

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

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

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

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

DORNASE ALFA :

- ◆ lors d'initiation du traitement chez des personnes de plus de 5 ans atteintes de fibrose kystique dont la capacité vitale forcée est plus de 40 p. cent de la valeur prédite. La durée de l'autorisation initiale maximale sera de 3 mois.

- ◆ lors d'un traitement de maintien, chez les personnes pour lesquelles le médecin fournit l'évidence d'un effet clinique bénéfique. L'autorisation sera d'une durée maximale d'un an.

DULAGLUTIDE :

- ◆ en association avec la metformine, pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont le contrôle glycémique est inadéquat et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m² lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

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

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

DUPILUMAB :

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

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

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

- une amélioration d'au moins 75 % du score EASI par rapport à la valeur de base;
ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score EASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI ou cDLQI par rapport aux valeurs de base.

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

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

ÉDARAVONE :

- ◆ pour le traitement de la sclérose latérale amyotrophique (SLA) chez les personnes qui présentent chacun des éléments suivants :
 - un diagnostic de la SLA définitif ou probable selon les critères diagnostiques d'El Escorial révisés;
 - des symptômes de la maladie depuis moins de 2 ans;
 - un score d'au moins 2 points pour chaque élément de l'échelle ALSFRS-R sauf pour la dyspnée, l'orthopnée et l'insuffisance respiratoire, pour lesquels un score de 4 points est requis;
 - une capacité vitale forcée supérieure à 80 % de la valeur prédite;
 - pas de trachéotomie;
 - une clairance à la créatinine supérieure à 50 ml/min;
 - autonomie préservée.

La durée maximale de chaque autorisation est de six mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve d'une absence de trachéotomie chez son patient.

★ ÉDOXABAN :

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

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

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

ELBASVIR / GRAZOPRÉVIR :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans cirrhose décompensée :
 - qui sont atteintes du VHC de génotype 1 ou 4 et qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC;
ou
 - qui sont atteintes du VHC de génotype 1 et qui ont déjà eu une rechute avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
 - qui sont atteintes du VHC de génotype 1, autre que le sous-type 1a, et qui ont déjà eu une réponse nulle, une réponse partielle, un échappement virologique ou une intolérance avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
 - qui sont atteintes du VHC de génotype 4 et qui ont déjà eu une rechute avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

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

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique sans cirrhose décompensée :
 - qui sont atteintes du VHC de génotype 1a et qui ont déjà eu une réponse nulle, une réponse partielle, un échappement virologique ou une intolérance avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
 - qui sont atteintes du VHC de génotype 4 et qui ont déjà eu une réponse nulle, une réponse partielle, un échappement virologique ou une intolérance avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

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

ELTROMBOPAG :

- ◆ pour le traitement du purpura thrombopénique idiopathique chronique chez les personnes :
 - splénectomisées ou non splénectomisées si la chirurgie est contre-indiquée;
et
 - réfractaires à la corticothérapie ou chez qui la corticothérapie est contre-indiquée;
et
 - qui reçoivent un traitement d'entretien avec les immunoglobulines intraveineuses depuis au moins 6 mois à moins d'une contre-indication;
et
 - dont la numération plaquettaire était inférieure à $30 \times 10^9/l$ avant l'instauration du traitement avec les immunoglobulines intraveineuses ou dont la numération plaquettaire est inférieure à $30 \times 10^9/l$ dans le cas d'une contre-indication à celles-ci.

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

Lors des demandes de renouvellement, le médecin devra fournir la preuve d'une réponse au traitement définie par une numération plaquettaire supérieure à $50 \times 10^9/l$ sans le recours à l'administration d'immunoglobulines intraveineuses en traitement de secours. Les autorisations subséquentes sont pour une durée maximale de 6 mois.

ÉMETTEUR DEXCOM G6 :

- ◆ Personnes atteintes de diabète de type 1, âgées de deux ans ou plus, qui satisfont à un ou plusieurs de ces critères :
 - non-atteinte de la valeur d'hémoglobine glyquée (HbA1c) adaptée au patient, en dépit d'une prise en charge optimale de la maladie;
ou
 - épisodes fréquents d'hypoglycémie durant la dernière année, malgré l'adhésion à un plan de gestion de la glycémie;
ou
 - inhabileté à reconnaître ou à signaler les symptômes d'hypoglycémie.

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

Les demandes de poursuite du traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois si la personne démontre une utilisation optimale du Dexcom G6^{MC}, soit au moins 70 % du temps.

EMPAGLIFLOZINE :

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

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

- ◆ pour le traitement du diabète de type 2, en association avec un ou plusieurs agents antidiabétiques, chez les personnes ayant des antécédents de maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS) ou de maladie vasculaire athérosclérotique (MVAS) et dont l'hémoglobine glyquée (HbA1c) est $\geq 7\%$.

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

EMPAGLIFLOZINE/METFORMINE (chlorhydrate de) :

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

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

ENFUVIRTIDE :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une sensibilité à un seul antirétroviral ou à aucun et qui n'ont jamais eu d'échec virologique à l'enfuvirtide.

L'autorisation initiale, d'une durée maximale de 5 mois, sera donnée si la charge virale est supérieure ou égale à 5 000 copies/mL. Dans le cas d'un traitement en première intention, il faut également que le décompte des lymphocytes CD4 actuel et un autre fait il y a au moins un mois soient inférieurs ou égaux à 350/μL.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique :

- sur la mesure d'une charge virale récente, démontrant une réduction d'au moins 0,5 log comparativement à la charge virale obtenue avant le début de l'enfuvirtide;
ou
- sur un décompte de CD4 récent, démontrant une augmentation d'au moins 30 % comparativement au décompte de CD4 obtenu avant le début de l'enfuvirtide.

Les autorisations auront alors une durée maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH qui ne sont pas visées par le premier paragraphe de l'énoncé précédent :

- dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL, tout en étant traitées par une association de 3 antirétroviraux ou plus depuis au moins 3 mois ainsi que dans l'intervalle entre les 2 mesures;
et
- qui ont reçu, au préalable, au moins un autre traitement avec des antirétroviraux, qui s'est soldé par un échec virologique documenté, après au moins 3 mois de traitement;
et
- qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (sauf en présence d'une résistance à cette classe), un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 5 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique :

- sur la mesure d'une charge virale récente, démontrant une réduction d'au moins 0,5 log comparativement à la charge virale obtenue avant le début de l'enfuvirtide;
ou

- sur le décompte de CD4 récent, démontrant une augmentation d'au moins 30 % comparativement au décompte de CD4 obtenu avant le début de l'enfuvirtide.

Les autorisations auront alors une durée maximale de 12 mois.

ENZALUTAMIDE :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

★ ÉPLÉRÉNONE :

- ◆ pour les personnes présentant des signes d'insuffisance cardiaque et de dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection ≤ 40 %) après un infarctus aigu du myocarde, lorsque l'administration

de l'éplérenone commence dans les jours suivant l'infarctus en complément de la thérapie standard.

- ◆ pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque chronique de classe II de la New York Heart Association (NYHA) qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection $\leq 35\%$), en complément de la thérapie standard.

ÉPOÉTINE ALFA :

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

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 3 mois. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins $40 \times 10^9/L$ ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L. Un taux d'hémoglobine inférieur à 120 g/L devrait être visé.

Toutefois, pour les personnes souffrant de cancer autres que celles visées précédemment, l'époétine alfa demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 janvier 2008 en autant que le traitement soit déjà en cours le 1^{er} octobre 2007, que son coût ait déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe et que le médecin fournisse l'évidence d'un effet bénéfique défini par une augmentation de la numération des réticulocytes d'au moins $40 \times 10^9/L$ ou une augmentation de la mesure de l'hémoglobine d'au moins 10 g/L.

ÉPOPROSTÉNOL SODIQUE :

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

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

ERLOTINIB (chlorhydrate d') :

- ◆ pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules localement avancé ou métastatique chez les personnes :
 - qui ont eu un échec à une thérapie de première intention et qui ne sont pas éligibles à une autre chimiothérapie, ou qui ont eu un échec à une thérapie de deuxième intention;
et
 - qui ne présentent pas de métastase cérébrale symptomatique;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de quatre mois.

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

ESLICARBAZÉPINE (acétate d') :

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

ESTRADIOL-17B :

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

ESTRADIOL-17B / NORÉTHINDRONE (acétate de) :

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

ÉTANERCEPT (Enbrel), Pd. Inj. S.C. :

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

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

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

pour la polyarthrite rhumatoïde :

- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;

pour l'arthrite psoriasique de forme rhumatoïde :

- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
ou
- la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

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

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

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :
 - Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
 - ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
 - ou
 - un retour au travail.

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉTANERCEPT:

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

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

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

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :
 - Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
 - ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
 - ou
 - un retour au travail.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active, et l'un des 4 éléments suivants :
 - des érosions au plan radiologique;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉTRAVIRINE :

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

- par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

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

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

ÉVÉROLIMUS :

- ◆ pour le traitement de deuxième intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires après échec à un traitement par un inhibiteur de la tyrosine kinase à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

- ◆ en association avec l'exémestane, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées :
 - dont le cancer a progressé malgré l'administration d'un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien (anastrozole ou létrozole) administré dans le contexte adjuvant ou métastatique;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

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

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

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

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

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

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

ÉVOLOCUMAB :

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

Le phénotypage est défini par les 3 éléments suivants :

- une concentration de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) > 13 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les deux parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

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

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

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

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

Chez les patients sans maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, un contrôle adéquat de la cholestérolémie est défini par une réduction de la concentration de C-LDL d'au moins 50 % par rapport à la valeur de base, soit avant tout traitement hypolipémiant.

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

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

- une histoire familiale d'HFHe confirmée par génotypage chez un parent du premier degré;
- La présence d'une mutation causant une hypercholestérolémie familiale des gènes LDLR, ApoB ou PCSK9 chez un parent du premier degré;
- la présence de xanthomes chez la personne ou chez un des parents du premier ou du deuxième degré;
- La présence d'un arc cornéen avant l'âge de 45 ans chez un parent du premier degré;

- une histoire familiale d'une concentration de C-LDL > 4,9 mmol/l chez un parent adulte du premier degré ou ≥ 4 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 18 ans;
- une histoire familiale d'une concentration du cholestérol total > 7,5 mmol/l chez un parent adulte du premier ou du deuxième degré ou > 6,7 mmol/l chez un parent du premier degré âgé de moins de 16 ans.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution ≥ 40 % de la concentration de C-LDL par rapport à la valeur avant le début du traitement avec l'évolocumab. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations pour l'évolocumab sont données à raison d'une dose maximale de 140 mg toutes les 2 semaines ou de 420 mg tous les mois.

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES :

- ◆ pour le traitement des symptômes de la rhinite allergique saisonnière modérée ou grave associée au pollen de graminées.

La durée maximale de l'autorisation avec les extraits allergéniques de pollen de graminées oraux est de 3 saisons polliniques consécutives, peu importe le produit utilisé.

Il est à noter que les extraits allergéniques de pollen de graminées ne sont pas autorisés en association avec l'immunothérapie sous-cutanée.

FÉBUXOSTAT :

- ◆ pour le traitement des personnes ayant des complications d'une hyperuricémie chronique, comme des dépôts d'urate mis en évidence par des tophus ou une arthrite goutteuse, en présence de contre-indication ou d'intolérance sérieuse à l'allopurinol.

FÉSOTÉRODINE (fumarate de) :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

★ FIDAXOMICINE :

- ◆ pour le traitement de l'infection à Clostridium difficile en cas d'allergie à la vancomycine.

★ FILGRASTIM :

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

- ◆ lors de chimiothérapie chez les enfants atteints de tumeur solide.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$.
- ◆ pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$).
- ◆ pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.
- ◆ pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

FINGOLIMOD (chlorhydrate de) :

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

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est d'un an. Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le 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.

FLUCONAZOLE, Susp. Orale :

- ◆ pour le traitement de la candidose oesophagienne.
- ◆ pour le traitement de la candidose oropharyngée ou d'autres mycoses pour les personnes chez qui la thérapie conventionnelle est inefficace ou mal tolérée et qui ne peuvent recevoir les comprimés de fluconazole.

FOLLITROPINE ALPHA :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

FOLLITROPINE BÊTA :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

FOLLITROPINE DELTA :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / BUDÉSONIDE :

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

Les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes pour les personnes assurées auprès de la RAMQ qui ont déjà obtenu un remboursement dans les 365 jours précédant le 1 ^{er} octobre 2003.
--

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 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.

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

Lors de la demande subséquente, pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations, l'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. Pour les personnes 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.

Toutefois, l'association de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 24 mars 2016.

FORMOTEROL DIHYDRATÉ (fumarate de) / MOMÉTASONE (furoate de) :

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

FORMULE NUTRITIVE – CÉTOGÈNE :

- ◆ pour le traitement des enfants de moins de 18 ans atteints d'épilepsie réfractaire malgré l'essai sur une période adéquate d'au moins deux médicaments anticonvulsivants appropriés et bien tolérés, utilisés soit en monothérapie ou en combinaison.

Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir le nombre de crises par semaine. Cette demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

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

- une diminution de plus de 50 % de la fréquence des crises depuis le début du traitement;
ou
- une diminution de la sévérité des crises.

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

FORMULE NUTRITIVE – ÉMULSION LIPIDIQUE (NOURRISSONS ET ENFANTS) :

- ◆ pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives en présence de maladies cardiaques ou métaboliques chez les enfants âgés de moins de 4 ans, et pour lesquels les formules nutritives de glucose polymérisé ne sont pas suffisantes ou tolérées.

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ :

- ◆ pour augmenter la teneur calorique de l'alimentation ou des autres formules nutritives.

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE :

- ◆ pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne.

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS) :

- ◆ pour les nourrissons et les enfants allergiques aux protéines intactes du lait.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera jusqu'à l'âge de 12 mois. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- ◆ pour les nourrissons et les enfants nécessitant 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 au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ / HUILE DE COCO :

- ◆ pour l'alimentation des personnes qui ne digèrent pas et n'assimilent pas efficacement les matières grasses alimentaires à longue chaîne.

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE :

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

FORMULE NUTRITIVE – MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS) :

- ◆ pour les nourrissons ou les enfants ayant une allergie aux protéines intactes du lait, aux protéines de soya ou à de multiples protéines alimentaires, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

- ◆ pour les nourrissons ou les enfants souffrant de diarrhée persistante ou d'autres troubles gastro-intestinaux graves, chez qui l'utilisation d'une formule à base d'hydrolysats de caséine n'a pas réussi à éliminer les symptômes.

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou au lait doivent être fournis pour la poursuite de l'utilisation.

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

Dans ces cas, la durée de l'autorisation initiale maximale sera d'un an. Les résultats d'un test cutané à l'allergène ou d'une réexposition à une formule d'hydrolysats de caséine ou de lait doivent être fournis pour la poursuite de l'autorisation.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS :

- ◆ pour l'alimentation entérale.
- ◆ pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.
- ◆ pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.

- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE – POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS (INTOLÉRANCE OU ALLERGIE) :

- ◆ Chez les personnes ayant une intolérance sérieuse ou une allergie aux protéines de lait ou de soya présentes dans les formules nutritives polymériques avec résidus inscrites sur la Liste des médicaments et répondant à au moins un des critères suivants :
 - pour l'alimentation entérale.
 - pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.
 - pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
 - pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS :

- ◆ pour l'alimentation entérale.
- ◆ pour l'alimentation orale totale chez les personnes nécessitant des formules nutritives comme source de nutrition en présence de dysfonction œsophagienne ou de dysphagie, de troubles de maldigestion ou de malabsorption.
- ◆ pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS – USAGE SPÉCIFIQUE :

- ◆ pour l'alimentation totale, qu'elle soit entérale ou orale, chez les enfants souffrant de la maladie de Crohn.

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS) :

- ◆ pour les nourrissons dont le poids à la naissance est inférieur ou égal à 1 800 g ou qui sont nés après 34 semaines de grossesse ou moins.

Dans ce cas, la durée maximale de l'autorisation sera jusqu'à l'âge corrigé d'un an, c'est-à-dire un an après la date prévue de la naissance.

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE :

- ◆ pour augmenter la teneur protéique des autres formules nutritives.

FORMULE NUTRITIVE – SEMI-ÉLÉMENTAIRE :

- ◆ pour l'alimentation entérale.
- ◆ pour l'alimentation orale chez les personnes nécessitant des formules nutritives monomériques ou des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de troubles de maldigestion grave ou de malabsorption grave et pour lesquelles les formules polymériques ne sont pas recommandées ou ne sont pas tolérées.

- ◆ pour les enfants souffrant de malnutrition, de malabsorption ou de retard staturopondéral liés à une condition médicale.
- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

FORMULE NUTRITIVE – SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE :

- ◆ pour l'alimentation entérale chez les personnes nécessitant des formules nutritives semi-élémentaires comme source de nutrition en présence de malabsorption et dont les besoins nutritionnels en protéines sont accrus de façon importante.

FULVESTRANT :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer du sein avancé ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le palbociclib.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un cancer de sein localement avancé non résécable ou métastatique, selon l'indication reconnue pour le ribociclib.

GALANTAMINE (bromhydrate de) :

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

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

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

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

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

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

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

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

GANIRELIX :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

GEFITINIB :

- ◆ pour le traitement de première 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 chaque autorisation est de 4 mois.

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

★ GENTAMICINE (sulfate de) :

- ◆ pour le traitement de l'endocardite bactérienne.

GILTÉRITINIB :

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'une leucémie myéloïde aigüe récidivante ou réfractaire avec une mutation du gène de la tyrosine kinase-3 de type FMS (FLT3) chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

GLATIRAMÈRE (acétate de) (GLATECT) :

- ◆ 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.

- ◆ 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.

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.

GLÉCAPRÉVIR / PIBRENTASVIR :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GLIMÉPIRIDE :

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

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

GLYCÉRINE, Supp. :

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

GOLIMUMAB, Sol. Inj. S.C. (App.) et Sol. Inj. S.C. (ser) :

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

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

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

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

Pour l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication, l'un des 2 agents doit être :

- le méthotrexate à la dose de 20 mg ou plus par semaine;
- ou
- la sulfasalazine à la dose de 2 000 mg par jour.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication.

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
 - ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
 - ou
 - un retour au travail.

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

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

GOLIMUMAB, Sol. Perf. I.V. :

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

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

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

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de

démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

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

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

Les autorisations pour le golimumab sont données à raison de 2 mg/kg aux semaines 0 et 4, puis à 2 mg/kg toutes les 8 semaines.

GONADORÉLINE :

- ◆ en monothérapie, pour l'induction de l'ovulation chez la femme atteinte d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

GONADOTROPHINES :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer, en association avec une gonadotrophine chorionique.

L'homme doit avoir été préalablement traité par une gonadotrophine chorionique, en monothérapie, pendant au moins 6 mois.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ pour l'induction d'une spermatogénèse chez l'homme atteint d'hypogonadisme hypogonadotrophique qui désire procréer.

En l'absence d'une spermatogénèse après un traitement d'au moins 6 mois, la poursuite du traitement en association avec une gonadotrophine est autorisée.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

★ GRANISÉTRON (chlorhydrate de) :

- ◆ lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ lors d'un traitement de radiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ chez l'enfant lors de chimiothérapie ou de radiothérapie émétisante.
- ◆ lors d'un traitement :
 - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
 - ou
 - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

GUANFACINE (chlorhydrate de) :

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

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

HUILE MINÉRALE :

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

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE :

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

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE / DEXTRAN 70 :

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

IBRUTINIB :

- ◆ pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes présentant une délétion 17p :
 - symptomatiques et nécessitant un traitement;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de première intention de la leucémie lymphoïde chronique symptomatique chez les personnes ne présentant pas de délétion 17p :
 - qui ne sont pas admissibles à recevoir une chimiothérapie à base de fludarabine en raison d'un état de santé trop précaire, notamment dû à un âge avancé, une fonction rénale altérée ou un score total supérieur ou égal à 6 sur l'échelle Cumulative Illness Rating Scale (CIRS);
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

- ◆ pour le traitement de deuxième intention ou plus de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes :
 - qui ne sont pas admissibles à recevoir un traitement contenant un analogue des purines pour l'une des raisons suivantes :
 - état de santé trop précaire notamment en raison d'un âge avancé, d'une fonction rénale altérée ou d'un score total supérieur ou égal à 6 sur l'échelle Cumulative Illness Rating Scale (CIRS);
 - intervalle sans progression de moins de 36 mois à la suite d'un traitement combinant la fludarabine et le rituximab;
 - délétion 17p;
 - intolérance sérieuse;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 420 mg.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du lymphome à cellules du manteau récidivant ou réfractaire, chez les personnes :
 - qui ont reçu au moins un traitement à base de rituximab;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

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

ICATIBANT (acétate d') :

- ◆ pour le traitement des crises aigües d'angio-œdème héréditaire (AOH) causées par un déficit en inhibiteur de la C1 estérase chez les adultes :
 - dont le diagnostic d'AOH de type I ou II a été confirmé par un dosage antigénique ou un dosage fonctionnel de l'inhibiteur de la C1 estérase inférieur aux valeurs normales;
 - et

- ayant subi au moins une crise aiguë d'AOH confirmée médicalement.

Les autorisations seront données pour un maximum de 12 seringues d'icatibant par période de 12 mois.

IDÉLALISIB :

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de deuxième intention ou plus de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 8 cycles combinant l'idélalisib et le rituximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

IMATINIB (mésylate d') :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

- ◆ pour le traitement de la leucémie lymphoblastique aiguë, nouvellement diagnostiquée chez un adulte, avec chromosome Philadelphie positif, après une chimiothérapie parentérale, soit durant la phase de maintien.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

IMATINIB (mésylate d') – tumeur stromale gastro-intestinale :

- ◆ pour le traitement adjuvant d'une tumeur stromale gastro-intestinale avec présence du récepteur Kit (CD117) qui, à la suite d'une résection complète, présente un risque élevé de récurrence.

La durée maximale de l'autorisation est de 36 mois.

- ◆ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique avec présence du récepteur c-kit (CD117).

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

L'autorisation initiale est pour la dose quotidienne de 400 mg. Pour les personnes dont la récurrence est apparue pendant un traitement adjuvant avec l'imatinib, l'autorisation initiale pourra être pour une dose quotidienne allant jusqu'à 800 mg.

Une autorisation pour une dose quotidienne allant jusqu'à 800 mg pourra être obtenue avec l'évidence d'une progression de la maladie, confirmée par imagerie, après un minimum de 3 mois de traitement à la dose quotidienne de 400 mg.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'une réponse complète, partielle ou d'une stabilisation de la maladie, confirmée par imagerie.

IMIQUIMOD :

- ◆ pour le traitement des condylomes externes génitaux et périanaux ainsi que des condylomes acuminés lors de l'échec d'une thérapie destructrice physique ou d'une thérapie destructrice chimique d'une durée minimale de 4 semaines, à moins de contre-indication.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 16 semaines. Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par une diminution de l'étendue des lésions. La demande pourra alors être autorisée pour une période maximale de 16 semaines.

INCOBOTULINUMTOXINA :

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

INDACATÉROL (maléate d') / GLYCOPYRRONIUM (bromure de) :

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

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois. Lors de la demande subséquente, le médecin devra 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.

Toutefois, l'association indacatérol (maléate d')/glycopyrronium (bromure de) demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 24 mars 2016.

INFLIXIMAB (REMICADE) :

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

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

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

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;

- une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
- une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
- une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14e semaine.

INFLIXIMAB :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes. L'essai d'un immunosuppresseur doit avoir été d'au moins 8 semaines.

L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

Lors de la demande initiale, le médecin devra mentionner l'immunosuppresseur utilisé ainsi que la durée du traitement. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, non tolérés ou qu'ils ont été inefficaces dans le passé lors d'un épisode similaire après un traitement combiné avec des corticostéroïdes.

L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

Lors de la demande initiale, le médecin devra préciser la nature de la contre-indication ou de l'intolérance ainsi que l'immunosuppresseur utilisé. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des enfants atteints de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes. L'essai d'un immunosuppresseur doit avoir été d'au moins 8 semaines.

L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

Lors de la demande initiale, le médecin devra mentionner l'immunosuppresseur utilisé ainsi que la durée du traitement. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des enfants atteints de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, non tolérés ou qu'ils ont été inefficaces dans le passé lors d'un épisode similaire après un traitement combiné avec des corticostéroïdes.

L'autorisation initiale est donnée pour un maximum de 3 doses de 5 mg/kg.

Lors de la demande initiale, le médecin devra préciser la nature de la contre-indication ou de l'intolérance ainsi que l'immunosuppresseur utilisé. Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée pour une période de 12 mois.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations pour l'infliximab sont données à raison de 3 mg/kg pour 3 doses avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, dont le score au BASDAI est ≥ 4 sur une échelle de 0 à 10, chez qui l'usage séquentiel de 2 anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose optimale pour une période de 3 mois chacun n'a pas permis un bon contrôle de la maladie, à moins de contre-indication :

- Lors de la demande initiale, le médecin doit fournir les éléments suivants :
 - le score au BASDAI;
 - le degré d'atteinte fonctionnelle selon le BASFI (échelle de 0 à 10).

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

- Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
 - ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
 - ou
 - un retour au travail.

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

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

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement avec un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette pathologie.

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde :
 - lorsqu'un traitement avec un anti-TNF α figurant dans la présente annexe pour le traitement de cette maladie n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie ou n'a pas été toléré. Celui-ci doit avoir été utilisé dans le respect des indications qui lui sont reconnues dans cette annexe pour cette pathologie.

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale;
et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI);
et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;

- et
- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
 - ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

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

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

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

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

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

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication :
 - en présence d'un score Mayo de 6 à 12 points;
 - et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

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

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

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

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

INOTERSEN :

- ◆ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne:

 - doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
 - et

- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Fonctionnal Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);
et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 284 mg d'iotersen par injection hebdomadaire.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

INSULINE ASPART / INSULINE ASPART PROTAMINE :

- ◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INSULINE LISPRO / INSULINE LISPRO PROTAMINE :

- ◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable d'un prémélange d'insuline 30/70 n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer d'épisodes d'hypoglycémie.

INTERFÉRON BÊTA-1A, Sol. Inj. I.M. :

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

Le 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 autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.

Toutefois, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. I.M.) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

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

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, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. I.M.) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire présentant des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 30 mcg 1 fois par semaine.

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

- ◆ Les personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée sont admissibles à la continuation du paiement de l'interféron bêta-1a (Rebif^{MC}), et ce, jusqu'à la conversion de leur état en une sclérose en plaques, en autant que son coût ait déjà été assumé, en vertu du régime général d'assurance médicaments, dans les 365 jours précédant le 3 juin 2013.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente ayant présenté 1 poussée dans la dernière année et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

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, l'interféron bêta-1a (Sol. Inj. S.C. et Sol. Inj. S.C. (ser)) demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

Les autorisations sont données à raison de 22 mcg 3 fois par semaine.

INTERFÉRON BÊTA-1B :

- ◆ 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 autorisations sont données à raison de 8 MUI aux 2 jours.

Toutefois, l'interféron bêta-1b demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de nouvelle poussée clinique.

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

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, l'interféron bêta-1b demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014 en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive secondaire, présentant ou non des poussées cliniques, et dont le résultat sur l'échelle EDSS est inférieur à 7.

Le médecin doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure, les renseignements suivants : nombre de crises par année s'il y a lieu et résultat sur l'échelle EDSS.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 12 mois. Lors de demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par l'absence de détérioration.

★ ISAVUCONAZOLE :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive.
- ◆ pour le traitement de la mucormycose invasive.

IVABRADINE (chlorhydrate d') :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) :
 - qui présentent une dysfonction systolique ventriculaire gauche avec une fraction d'éjection $\leq 35\%$;
et
 - qui sont en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est de 77 battements par minute ou plus;
et
 - qui ont été hospitalisées, ont eu une consultation à l'urgence ou dans une clinique d'insuffisance cardiaque, en raison d'une aggravation de leur insuffisance cardiaque, dans les 12 derniers mois;
et
 - qui reçoivent depuis au moins 4 semaines un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), en combinaison avec un bêta-bloquant et un antagoniste des récepteurs des minéralocorticoïdes, à moins de contre-indication ou d'intolérance.

IXÉKIZUMAB :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

KÉTOROLAC (trométhamine de) :

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

LACOSAMIDE :

- ◆ pour le traitement adjuvant des personnes souffrant d'épilepsie partielle réfractaire, c'est-à-dire qui n'ont pas répondu de façon satisfaisante à au moins deux antiépileptiques.

LACTULOSE :

- ◆ pour la prévention et le traitement de l'encéphalopathie hépatique.
- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.

LANTHANE HYDRATÉ (carbonate de) :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le lanthane hydraté ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le sévélamer ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

LAPATINIB :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase pour le traitement de première intention des femmes ménopausées atteintes d'un cancer du sein métastatique positif pour les récepteurs hormonaux et surexprimant le récepteur HER2 :
 - qui ne peuvent recevoir le trastuzumab en raison d'une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 55 % ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

- ◆ pour le traitement du cancer du sein métastatique dont la tumeur surexprime le récepteur HER2, en association avec la capécitabine, chez les personnes présentant un cancer du sein ayant progressé après l'administration d'une taxane et d'une anthracycline, à moins d'une contre-indication à l'un de ces agents.

De plus, la maladie doit être en progression malgré un traitement par le trastuzumab administré au stade métastatique, à moins d'une contre-indication. Le statut de performance selon l'ECOG doit être de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Toutefois, le lapatinib demeure couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 3 juin 2013, en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.
--

LÉDIPASVIR / SOFOSBUVIR :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose décompensée qui n'ont jamais reçu de traitement contre le VHC.

L'autorisation est accordée pour une période maximale de 8 semaines chez les personnes sans cirrhose compensée et dont la charge virale (ARN-VHC) est inférieure à 6 millions UI/ml avant le traitement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines chez les autres personnes.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 sans cirrhose qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase.

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

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :

- qui présentent une cirrhose compensée et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
- qui présentent une cirrhose décompensée;
ou
- qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe.

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

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'hépatite C chronique de génotype 1 chez les personnes :

- qui présentent une cirrhose compensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine et qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé administrée seule ou combinée à un inhibiteur de protéase;
ou
- qui présentent une cirrhose décompensée ainsi qu'une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine;
ou
- qui sont en attente d'une transplantation d'organe ou qui ont déjà eu une greffe et qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à la ribavirine.

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

LÉNALIDOMIDE :

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

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

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

Lors des demandes pour la poursuite du traitement :

- dans le cas d'une personne avec une dépendance transfusionnelle avant le début du traitement, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique défini par :
 - une réduction d'au moins 50 % des transfusions sanguines par rapport au début du traitement.

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

La durée de chaque autorisation est de 6 mois.

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de première intention du myélome multiple symptomatique, chez les personnes :
 - qui ne sont pas candidates à une greffe de cellules souches;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 4 mois.

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 6 mois.

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de deuxième intention ou plus du myélome multiple réfractaire ou récidivant chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de l'autorisation initiale est de 4 mois.

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

La durée maximale des autorisations subséquentes est de 6 mois.

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

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour la poursuite du traitement du myélome multiple récidivant chez les personnes :
 - dont la maladie n'a pas progressé pendant ou à la suite d'un traitement de 18 cycles combinant le carfilzomib, la lénalidomide et la dexaméthasone;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

LENVATINIB, 10 mg, 14 mg, 20 mg et 24 mg :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer différencié de la thyroïde localement avancé ou métastatique, réfractaire à l'iode radioactif, chez les personnes :
 - dont le cancer a progressé dans les 12 mois précédents l'amorce du lenvatinib;
 - et

- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

LENVATINIB, 4 mg, 8 mg, 12 mg :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire non résécable, chez les personnes :
 - dont la maladie correspond au stade BCLC B ou C (*Barcelona Clinic Liver Cancer*);
et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter que le lenvatinib n'est pas autorisé à la suite d'un échec du sorafenib, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome hépatocellulaire.

LÉTERMOVIR :

- ◆ pour la prophylaxie d'une infection à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes séropositives pour le CMV et ayant reçu une allogreffe de cellules souches hématopoïétiques.

Le traitement doit être débuté dans les 28 jours suivant la greffe et être cessé au plus tard 100 jours après celle-ci.

LÉVOFLOXACINE , Sol. pour Inh. :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de fibrose kystique, infectées de façon chronique par le *Pseudomonas aeruginosa*, lorsque la solution d'aztréonam pour inhalation est inefficace, non tolérée ou contre-indiquée.

LINAGLIPTINE :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en monothérapie lorsque la metformine et une sulfonilurée sont contre-indiquées ou mal tolérées;
ou
 - en association avec la metformine, lorsqu'une sulfonilurée 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.

LINAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

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

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

★ LINÉZOLIDE, Co. :

- ◆ pour le traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline lorsque la vancomycine est inefficace, contre-indiquée ou non tolérée.
- ◆ pour le traitement des infections prouvées à entérocoques résistants à la vancomycine.
- ◆ pour la poursuite du traitement des infections prouvées ou présumées à staphylocoques résistants à la méthicilline amorcé par voie intraveineuse en milieu hospitalier.

★ LINÉZOLIDE, Sol. Perf. I.V. :

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

LIRAGLUTIDE :

- ◆ en association avec la metformine, pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 dont le contrôle glycémique est inadéquat et dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m² lorsqu'un inhibiteur de la DPP-4 est contre-indiqué, non toléré ou inefficace.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

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

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 1,8 mg.

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

LISDEXAMFÉTAMINE (dimésylate de) :

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

LOMITAPIDE (mésylate de) :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints d'hypercholestérolémie familiale homozygote (HFHo) confirmée par génotypage ou par phénotypage :
 - lors d'intolérance, de contre-indication ou d'inefficacité à au moins 2 hypolipémiants de classes différentes à doses optimales;
 - et
 - en association avec un traitement d'aphérèse des lipoprotéines de basse densité (LDL) à moins que l'accès à un centre d'aphérèse soit particulièrement difficile.

Le phénotypage est défini par les trois éléments suivants :

- une concentration du cholestérol des lipoprotéines de basse densité (C-LDL) de plus de 13 mmol/l avant le début d'un traitement;
- la présence de xanthomes avant l'âge de 10 ans;
- la présence chez les deux parents d'une hypercholestérolémie familiale hétérozygote confirmée.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du C-LDL par rapport aux valeurs de base.

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

LURASIDONE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la schizophrénie.
- ◆ pour la prise en charge des épisodes dépressifs associés au trouble bipolaire de type I.

MACITENTAN :

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

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

MAGNÉSIUM (hydroxyde de) :

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

MAGNÉSIUM (hydroxyde de) / ALUMINIUM (hydroxyde de) :

- ◆ comme chélateur du phosphore chez les personnes en insuffisance rénale grave.

MARAVIROC :

- ◆ pour le traitement, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et :
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant la delavirdine, l'éfavirenz ou la névirapine, à moins d'une résistance primaire à l'un de ceux-ci, qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse à l'un de ces agents, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral;
 - et
 - qui ont fait l'essai, depuis le début de leur thérapie antirétrovirale, d'au moins une thérapie incluant un inhibiteur de la protéase qui s'est soldée :
 - par un échec virologique documenté, après au moins trois mois de traitement associant plusieurs agents antirétroviraux;
 - ou
 - par une intolérance sérieuse à au moins trois inhibiteurs de la protéase, au point de remettre en question la poursuite du traitement antirétroviral.

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

- ◆ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH dont le test de tropisme effectué au cours des trois derniers mois démontre la présence d'un virus à tropisme CCR5 exclusivement et pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre une résistance à au moins un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse, un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase, et :

- dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
et
- dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/μL;
et
- pour qui l'utilisation du maraviroc est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

MÉMANTINE (chlorhydrate de) :

- ◆ en monothérapie chez les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer de stade modéré ou grave vivant à domicile c'est-à-dire qui ne vivent pas dans un centre d'hébergement de soins de longue durée public ou privé conventionné.

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

- score au MMSE de 3 à 14;
- une confirmation médicale du degré d'atteinte (domaine intact, atteinte légère, modérée ou grave) dans les cinq domaines suivants :
 - fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
 - humeur;
 - comportement;
 - autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
 - interaction sociale y compris la capacité à tenir une conversation.

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

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

En ce qui concerne les demandes subséquentes, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique confirmé par la stabilisation ou l'amélioration des symptômes dans au moins trois des domaines suivants :

- fonctionnement intellectuel, y compris la mémoire;
- humeur;
- comportement;
- autonomie pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD);
- interaction sociale, y compris la capacité à tenir une conversation.

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

MÉPOLIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de l'asthme éosinophilique grave chez les adultes présentant ou ayant présenté :
 - une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 150 cellules/microlitre ($0,15 \times 10^9/l$) au moment d'amorcer le traitement avec un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5), ou d'au moins 300 cellules/microlitre ($0,3 \times 10^9/l$) au cours des 12 mois précédant le traitement avec un agent ciblant l'IL-5;
et
 - des symptômes qui ne sont pas maîtrisés malgré un traitement optimal. Par traitement optimal, on entend une utilisation d'un corticostéroïde inhalé à une dose équivalente à 1 000 mcg de propionate de fluticasone, d'un agoniste β_2 à longue action et l'essai d'un antagoniste des récepteurs des leucotriènes, d'un antimuscarinique à longue action en inhalation ou de la théophylline;
et
 - au moins deux exacerbations dans la dernière année nécessitant l'usage d'un corticostéroïde systémique ou une augmentation de la dose de ce dernier chez les patients qui en reçoivent de façon continue.

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

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

Lors de la demande initiale, le médecin doit avoir préalablement vérifié la technique d'inhalation, l'observance au traitement pharmacologique et la mise en place de stratégies visant à réduire l'exposition aux pneumoallergènes auxquels la personne a obtenu un résultat positif lors d'un test cutané ou d'une épreuve de réactivité in vitro.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 8 mois.

Lors de la deuxième demande, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

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

La deuxième demande sera autorisée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve du maintien des effets bénéfiques à l'un des questionnaires précédemment mentionnés ou d'une diminution du nombre d'exacerbations annuelles, telle que définie précédemment.

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg tous les mois.

- ◆ pour le traitement de l'asthme grave nécessitant l'utilisation d'un corticostéroïde oral de façon continue depuis au moins 3 mois, chez les adultes qui ont une concentration sanguine d'éosinophiles d'au moins 150 cellules/microlitre ($0,15 \times 10^9/l$) au moment d'amorcer le traitement par un agent ciblant l'interleukine-5 (IL-5) ou d'au moins 300 cellules/microlitre ($0,3 \times 10^9/l$) au cours des 12 mois précédant le traitement par un agent ciblant l'IL-5.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 8 mois.

Lors de la deuxième demande, le médecin doit confirmer une diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde équivalente à 10 mg ou plus de prednisone ou d'au moins 50 % par rapport à celle avant le début du traitement au mepolizumab.

La deuxième demande sera autorisée pour une durée maximale de 12 mois.

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit confirmer le maintien de la diminution de la dose d'entretien de corticostéroïde oral.

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

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 100 mg tous les mois.

MÉTHYLPHÉNIDATE (chlorhydrate de), Caps. L.A. ou Co. L.A. (12 h) :

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

MÉTRONIDAZOLE, Gel Vag. :

- ◆ pour le traitement de la vaginose bactérienne chez la femme enceinte lors des deuxième et troisième trimestres de la grossesse.
- ◆ pour le traitement de la vaginose bactérienne lors d'intolérance au métronidazole par la voie orale.

★ MICAFUNGINE SODIQUE :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques chez les personnes qui subiront une transplantation de cellules souches hématopoïétiques.
- ◆ pour le traitement de la candidose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole.

MIGALASTAT :

- ◆ pour le traitement des adultes ayant un diagnostic de maladie de Fabry confirmé génétiquement et qui sont porteurs d'une mutation du gène codant pour l'alpha-galactosidase A reconnue sensible au migalastat.

Lors de l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter des symptômes de la maladie, parmi lesquels au moins une atteinte rénale, cardiaque ou neurologique;
et
- ne pas recevoir en concomitance un traitement avec une thérapie de remplacement enzymatique.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques sur les manifestations qui ont justifié le début du traitement ou l'absence de progression de la maladie.

La durée maximale de chaque autorisation est de 24 mois.

Les autorisations sont données pour une dose maximale de 123 mg tous les 2 jours.

MIRABEGRON :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

MODAFINIL :

- ◆ pour le traitement symptomatique de l'hypersomnolence diurne accompagnant la narcolepsie ou l'hypersomnie idiopathique ou post-traumatique lorsque le sulfate de dexamphétamine ou le méthylphénidate sont inefficaces, contre-indiqués ou non tolérés.
- ◆ 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.

MULTIVITAMINES :

- ◆ pour les personnes souffrant de fibrose kystique.

NAPROXÈNE / ESOMÉPRAZOLE :

- ◆ pour le traitement des conditions médicales qui requièrent l'usage chronique d'un anti-inflammatoire non stéroïdien chez les personnes qui présentent au moins l'un des facteurs de risque de complication gastro-intestinale suivants :

- personne âgée de 65 ans ou plus;
- antécédent d'ulcère non compliqué des voies digestives hautes;
- comorbidité, c'est-à-dire une condition médicale grave prédisposant à une exacerbation de la condition clinique de la personne à la suite de la prise d'un anti-inflammatoire non stéroïdien;
- médicaments concomitants prédisposant à une exacerbation du risque de complication gastro-intestinale;
- usage de plus d'un anti-inflammatoire non stéroïdien.

NATALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement en monothérapie des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente avec un score sur l'échelle EDSS ≤ 5 avant le traitement et présentant une évolution rapide de la maladie définie comme suit :
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération incomplète au cours de la dernière année;
 - ou
 - survenue de 2 poussées cliniques invalidantes ou plus avec récupération complète au cours de la dernière année et :
 - présence d'au moins une lésion rehaussée par le gadolinium à la résonance magnétique (IRM);
 - ou
 - augmentation de 2 lésions hyperintenses en T2 ou plus par rapport à une IRM antérieure.

La durée maximale des autorisations est d'un an. Pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir l'évidence d'un effet bénéfique par rapport à l'évaluation faite avant de le commencer, soit :

- une réduction de la fréquence annuelle des poussées invalidantes au cours de la dernière année;
- et
- une stabilisation du score sur l'échelle EDSS ou une augmentation de moins de 2 points sans que le score excède 5.

On entend par poussée invalidante une poussée durant laquelle un examen neurologique confirme une névrite optique, un syndrome de la fosse postérieure (tronc cérébral et cervelet) ou des symptômes révélant une atteinte de la moelle épinière (myélite).

★ NÉTUPITANT / PALONOSÉTRON (chlorhydrate de) :

- ◆ En association avec la dexaméthasone, pour la prévention des nausées et vomissements durant la première journée d'un traitement de chimiothérapie hautement émétisante.

Les autorisations sont données à raison d'une dose par cycle de chimiothérapie.

NILOTINIB :

- ◆ pour le traitement de première intention de la leucémie myéloïde chronique en phase chronique.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

NINTEDANIB (ésilate de) :

- ◆ pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les personnes :
 - ayant une capacité vitale forcée (CVF) de 50 % ou plus de la valeur prédite;
et
 - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
et
 - un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

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

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

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

NITRAZÉPAM :

- ◆ pour la prise en charge des troubles épileptiques.

Toutefois, les comprimés de nitrazéпам demeurent couverts par le régime général d'assurance médicaments jusqu'au 31 mai 2016 pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 90 jours précédant le 1^{er} juin 2015.

OCRÉLIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques progressive primaire présentant un résultat sur l'échelle EDSS de 3,0 à 6,5;

L'autorisation de la demande initiale ainsi que les demandes de poursuite de traitement sont d'une durée maximale d'un an. Lors des demandes subséquentes, le médecin devra fournir la preuve que le résultat sur l'échelle EDSS demeure inférieur à 7.

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

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.

OLAPARIB :

- ◆ pour le traitement d'entretien du cancer épithélial de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope, ou du cancer péritonéal primaire, porteur d'une mutation BRCA1 ou BRCA2, chez les personnes :
 - qui ont reçu au moins deux protocoles de chimiothérapies à base d'un sel de platine;
et

- dont la maladie a progressé plus de 6 mois suivant la fin de l'avant-dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
- qui ont obtenu une réponse tumorale objective à leur dernière chimiothérapie à base d'un sel de platine;
et
- dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter qu'un traitement d'entretien avec l'olaparib n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un inhibiteur de la PARP, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire.

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'entretien d'une forme avancée (stade FIGO III ou IV) du cancer épithélial de haut grade de l'ovaire, du cancer des trompes de Fallope ou du cancer péritonéal primaire, porteur d'une mutation BRCA1 ou BRCA2, chez les personnes :
 - qui ont obtenu une réponse tumorale objective à une chimiothérapie de première intention à base d'un sel de platine;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

L'autorisation ne sera pas renouvelée pour les personnes présentant une réponse complète (absence de signes cliniques et radiologiques de la maladie, accompagnée d'un taux normal de CA-125) à la suite de 24 mois de traitement par l'olaparib.

OLODATÉROL (chlorhydrate d') / TIOTROPIUM (bromure monohydraté de) :

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

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois. Lors de la demande subséquente, le médecin devra 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.

OMALIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'urticaire chronique idiopathique modérée à grave, dont le score selon l'échelle Urticaria Activity Score 7 (UAS7) est égal ou supérieur à 16 malgré l'utilisation d'antihistaminiques à doses optimisées.

Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir la preuve d'une réponse complète d'une durée inférieure à 12 semaines ou d'une réponse partielle. On entend par réponse complète, l'atteinte d'un score UAS7 inférieur ou égal à 6, alors qu'une réponse partielle correspond à une réduction d'au moins 9,5 points du score UAS7 par rapport à celui de départ sans atteindre une valeur inférieure ou égale à 6.

Lorsque le patient présente une réponse complète depuis 12 semaines ou plus, le traitement doit être arrêté. Lors d'une demande subséquente, le médecin doit fournir les données démontrant une rechute. Cette dernière est définie par l'atteinte d'un score UAS7 qui est égal ou supérieur à 16 à la suite d'une réponse complète.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale de 24 semaines à raison d'une dose maximale de 300 mg toutes les 4 semaines.

ONABOTULINUMTOXINA :

- ◆ pour le traitement de la dystonie cervicale, du blépharospasme, du strabisme et d'autres conditions graves de spasticité.
- ◆ pour le traitement des adultes qui souffrent d'hyperhidrose axillaire grave causant une atteinte importante sur les plans fonctionnel et psychosocial, lorsque l'usage, pendant un mois ou plus, d'une préparation de chlorure d'aluminium à au moins 20 %, utilisée selon les recommandations pour en maximiser l'effet et la tolérance, s'est avéré inefficace.

Dans la demande d'autorisation initiale, le médecin devra documenter les atteintes précitées. Une autorisation d'une durée de quatre mois sera alors accordée pour obtenir une dose de 100 unités de ce médicament.

Lors des demandes subséquentes, le médecin devra démontrer l'évidence d'un effet bénéfique au regard de la diminution de la sudation et de l'amélioration constatée sur les plans fonctionnel et psychosocial.

★ ONDANSÉTRON :

- ◆ lors de la première journée d'un traitement de chimiothérapie modérément ou hautement émétisante;
- ◆ lors d'un traitement de radiothérapie modérément ou hautement émétisante.
- ◆ chez l'enfant lors de chimiothérapie ou de radiothérapie émétisante.
- ◆ lors d'un traitement :
 - de chimiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée et qui ne reçoivent pas d'aprépitant ou de fosaprépitant;
 - ou
 - de radiothérapie pour les personnes chez qui la thérapie antiémétique conventionnelle est inefficace, contre-indiquée ou mal tolérée.

OSIMERTINIB :

- ◆ pour le traitement du cancer du poumon non à petites cellules au stade localement avancé, non résecable ou métastatique, porteur de la mutation T790M de l'EGFR, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement avec un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR;
 - et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

- ◆ pour le traitement de première intention des personnes atteintes d'un cancer du poumon non à petites cellules localement avancé non résecable 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 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

OXCARBAZÉPINE :

- ◆ pour le traitement de l'épilepsie.
- ◆ pour les personnes présentant une intolérance, une contre-indication ou un échec à la carbamazépine.

OXYBUTYNINE, Timbre cut. :

- ◆ 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.

OXYBUTYNINE (chlorure d'), Co. L.A. :

- ◆ 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.

OXYCODONE, Co. L.A. :

- ◆ lorsque deux autres opiacés sont non tolérés, contre-indiqués ou inefficaces.

Toutefois, l'oxycodone à longue action est couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament du 1 ^{er} mars 2012 au 15 juillet 2012.
--

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que la prise concomitante de ce médicament avec le sévéramer ou le lanthane hydraté n'est pas autorisée.

PALBOCICLIB :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, pour le traitement de première intention du cancer du sein au stade localement avancé non résecable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes ménopausées dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter que le palbociclib n'est pas autorisé en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néo-adjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :
 - dont la maladie a progressé durant un traitement endocrinien adjuvant ou dans les 12 mois suivants son arrêt;
 - ou
 - dont la maladie métastatique a progressé durant un traitement endocrinien.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter que le palbociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec à un inhibiteur CDK 4/6, si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ – FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves ou de plaies chroniques graves (affectant le tissu sous-cutané) avec une infection locale;

Une plaie avec une infection locale présente notamment les signes cliniques suivants : un écoulement purulent, un tissu de granulation friable qui saigne facilement, une cicatrisation retardée, une odeur accentuée, une apparition ou une augmentation de la douleur et une inflammation localisée. L'infection locale d'une plaie chronique, si elle perdure, peut conduire à l'infection de la plaie chronique avec des signes ou symptômes systémiques.

Chaque autorisation est accordée pour une durée maximale de 12 semaines, que ce soit pour une première plaie, pour chaque nouvelle plaie ou pour la récurrence d'une plaie au même site.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement pour une plaie qui n'est pas guérie après 12 semaines, le prescripteur doit préciser la raison pour laquelle le traitement doit être poursuivi et fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement. Les autorisations subséquentes sont accordées pour une durée maximale de 12 semaines.

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus malodorante.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante causée par une maladie chronique ou par un cancer.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorant lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) malodorante dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ – HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ – HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de brûlures graves.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie de pression de stade 2 ou plus.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie grave (affectant le tissu sous-cutané) causée par une maladie chronique ou par un cancer.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'un ulcère cutané grave (affectant le tissu sous-cutané) lié à une insuffisance artérielle ou veineuse.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une plaie chronique grave (affectant le tissu sous-cutané) dont le processus de cicatrisation est compromis. On entend ici par chronique une plaie dont la durée excède 45 jours.

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE :

- ◆ pour faciliter le traitement des personnes souffrant de brûlures graves très douloureuses.

PARAFFINE / HUILE MINÉRALE :

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

PATISIRAN :

- ◆ pour le traitement de la polyneuropathie chez les adultes atteints d'amylose héréditaire de la transthyrétine (ATTRh).

À l'instauration du traitement, la personne:

- doit avoir reçu une confirmation génétique de l'ATTRh;
et
- doit présenter un score au Neuropathy Impairment Score (NIS) de 5 à 130 points;
et
- doit avoir une condition ambulatoire qui correspond au stade 1 ou 2 sur l'échelle Functional Ambulation Performance (FAP) ou au stade 1, 2, 3a ou 3b sur l'échelle d'invalidité liée à la polyneuropathie (PND);

- et
- ne doit pas avoir une cardiomyopathie qui correspond à la classe III ou IV de la New York Heart Association (NYHA).

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 0,3 mg/kg de patisiran une fois toutes les 3 semaines, jusqu'à une dose maximale de 30 mg.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

PAZOPANIB (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

★ PEGFILGRASTIM :

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

PEGINTERFÉRON ALFA-2A :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est contre-indiquée :
 - soit en présence d'une anémie hémolytique héréditaire (thalassémie et autres);
 - soit en présence d'une insuffisance rénale grave (clairance de la créatinine inférieure ou égale à 35 mL/min).

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

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique chez qui la ribavirine est non tolérée :
 - soit chez les personnes qui ont développé une anémie grave sous ribavirine malgré une diminution de la posologie à 600 mg par jour ($Hb < 80$ g/L ou < 100 g/L si comorbidité de type maladie cardiaque athérosclérotique);
 - soit chez les personnes qui ont développé une intolérance grave à la ribavirine : apparition d'une allergie, d'un rash cutané incapacitant ou d'une dyspnée à l'effort invalidante.

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

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

PENTOXIFYLLINE :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'affections vasculaires périphériques graves et chroniques soit :
 - lors d'insuffisance veineuse avec ulcère cutané (ou antécédents);
 - lors d'insuffisance artérielle avec ulcère cutané (ou antécédents), gangrène, antécédents d'amputation ou douleur au repos.

PÉRAMPANEL :

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

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL :

- ◆ en association avec un régime alimentaire restrictif en protéines, pour le traitement des patients atteints d'un trouble du cycle de l'urée, sauf en présence d'un déficit en *N*-acétylglutamate synthase, dont le taux plasmatique d'ammoniaque n'est pas adéquat malgré un traitement par le benzoate de sodium à dose optimale à moins d'une intolérance importante ou de contre-indication à ce médicament.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois. Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique.

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM / PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM :

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

PIMÉCROLIMUS :

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

PIOGLITAZONE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la pioglitazone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1 ^{er} octobre 2009 et si

son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

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

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

PIRFÉNIDONE :

- ◆ pour le traitement de la fibrose pulmonaire idiopathique, chez les personnes :
 - ayant une capacité vitale forcée (CVF) de 50 % ou plus de la valeur prédite;
et
 - une capacité de diffusion du monoxyde de carbone de 30 % à 79 % de la valeur prédite corrigée pour l'hémoglobine;
et
 - un ratio du volume expiratoire maximum en une seconde (VEMS) sur la CVF (VEMS/CVF) de 0,70 ou plus.

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

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

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

Il est à noter que la pirfénidone n'est pas autorisée en association avec le nintedanib.

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL :

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

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL / SODIUM (sulfate) / SODIUM (bicarbonate) / SODIUM (chlorure) / POTASSIUM (chlorure) :

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

POLYVINYLIQUE (alcool) :

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

POMALIDOMIDE :

- ◆ en association avec la dexaméthasone, pour le traitement de troisième intention ou plus du myélome multiple chez les personnes :
 - dont la maladie est réfractaire à la dernière intention de traitement reçue;
et
 - dont la maladie a progressé pendant ou à la suite d'un traitement avec le bortézomib et la lénalidomide, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

L'autorisation est donnée pour une dose maximale quotidienne de 4 mg.

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

★ POSACONAZOLE :

- ◆ pour la prévention des infections fongiques invasives chez les personnes ayant développé une neutropénie à la suite d'une chimiothérapie pour traiter une leucémie myéloïde aiguë ou un syndrome myélodysplasique.
- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive chez les personnes qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication à une thérapie de première intention.

★ PRASUGREL :

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

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

PROGESTÉRONNE, Co. Vag. (Eff.) et Gel Vag. (App.) :

- ◆ chez la femme qui a commencé à recevoir des services de fécondation *in vitro* avant le 11 novembre 2015, et ce, jusqu'à la fin du cycle ovarien au cours duquel des services de fécondation *in vitro* ont lieu ou jusqu'à ce qu'il y ait grossesse, selon la première éventualité.

La personne assurée est considérée comme ayant commencé à recevoir des services de fécondation *in vitro* si elle se trouve dans l'une des situations suivantes :

- la personne a elle-même reçu des services requis à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens;
- la personne qui participe avec elle à la procréation assistée a reçu, selon le cas, des services requis à des fins de prélèvement de sperme au moyen d'une intervention médicale ou des services requis à des fins de prélèvement d'ovules ou de tissus ovariens.

PROGESTÉRONNE MICRONISÉE, Caps. :

- ◆ pour les personnes ne pouvant recevoir l'acétate de médroxyprogestérone en raison d'une intolérance importante.

PROPRANOLOL (chlorhydrate de), Sol. Orale :

- ◆ pour le traitement des hémangiomes infantiles prolifératifs nécessitant un traitement systémique, soit ceux entraînant un risque vital ou fonctionnel, ceux ulcérés douloureux ou ne répondant pas à des soins des plaies simples et ceux associés à un risque de cicatrices permanentes ou de défiguration.

PSYLLIUM (mucilage de) :

- ◆ pour le traitement de la constipation liée à une condition médicale.
- ◆ pour le traitement de la diarrhée chronique.

RANIBIZUMAB :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge en présence de néovascularisation choroïdienne. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 4 critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
 - dimension linéaire de la lésion inférieure ou égale à 12 surfaces de disque;
 - absence d'atteinte structurelle permanente significative du centre de la macula. Cette atteinte structurelle est définie par de la fibrose, de l'atrophie ou une cicatrice disciforme chronique qui soit telle qu'elle empêche un bénéfice fonctionnel selon le médecin traitant;
 - évolution de la maladie au cours des 3 derniers mois, confirmée par une angiographie rétinienne, une tomographie de cohérence optique ou des changements récents de l'acuité visuelle.

L'autorisation de la demande initiale est d'une durée maximale de 4 mois. Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale à partir d'une angiographie rétinienne ou d'une tomographie de cohérence optique. Les autorisations seront alors d'une durée maximale de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose par mois et par œil. Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec l'aflibercept ou la vertéporfine pour traiter le même œil.

Toutefois, le ranibizumab demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 1er février 2010 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire diabétique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 2 critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
 - épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour une durée maximale de 12 mois. Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

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

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à un œdème maculaire consécutif à une occlusion de la veine centrale de la rétine. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/12 et 6/96;
 - épaisseur du centre de la rétine supérieure ou égale à 250 µm;
 - absence de déficit pupillaire afférent.

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

Lors des demandes subséquentes, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de l'acuité visuelle mesurée sur l'échelle de Snellen et une stabilisation ou une amélioration de l'œdème maculaire évaluée par une tomographie de cohérence optique. Les demandes de renouvellement seront autorisées pour une durée maximale de 12 mois. Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois, par œil.

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

- ◆ pour le traitement de la déficience visuelle due à une néovascularisation choroïdienne consécutive à une myopie pathologique. L'œil à traiter doit également satisfaire aux 3 critères suivants :
 - myopie minimale de -6 dioptries;
 - acuité visuelle optimale après correction entre 6/9 et 6/96;
 - présence de liquide intra-rétinien ou sous-rétinien ou d'une fuite active consécutive à une lésion de néovascularisation choroïdienne observée par une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique.

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

Lors de la demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir des données qui permettent de démontrer un effet bénéfique clinique, c'est-à-dire une stabilisation ou une amélioration de la condition médicale évaluée par une angiographie rétinienne ou une tomographie de cohérence optique. La demande de renouvellement sera autorisée pour une durée maximale de 8 mois.

Les autorisations sont données à raison d'un maximum d'une dose par mois et par œil. La durée maximale totale du traitement sera de 12 mois.

Il est à noter que le ranibizumab ne sera pas autorisé de façon concomitante avec la vertéporfine pour traiter le même œil.

RASAGILINE (mésylate de) :

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

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE) :

- ◆ pour la mesure de la glycémie chez la personne diabétique ayant une déficience visuelle, c'est-à-dire qu'elle est de façon permanente incapable de lire, d'écrire ou de circuler dans un environnement non familier ou d'effectuer des activités liées à ses habitudes de vie ou à ses rôles sociaux.

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

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG :

- ◆ pour la mesure du rapport international normalisé (RIN) chez les personnes qui requièrent une anticoagulation orale de longue durée avec un antagoniste de la vitamine K et qui effectuent ce suivi à l'aide d'un coagulomètre dont ils sont propriétaires, selon une des options suivantes :
 - autosurveillance : le patient effectue une mesure du RIN et transmet le résultat à un professionnel de la santé qui ajuste ou non la dose de l'antagoniste de la vitamine K;
 - autocontrôle : le patient effectue une mesure du RIN, interprète le résultat et, au besoin, ajuste lui-même la dose de l'antagoniste de la vitamine K selon un algorithme.

RÉGORAFENIB (monohydrate de) :

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé malgré l'administration d'un traitement avec l'imatinib et le sunitinib, à moins d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication;
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du carcinome hépatocellulaire réfractaire au sorafenib, chez les personnes :
 - ayant toléré un traitement antérieur avec le sorafenib, défini par l'administration d'une dose supérieure ou égale à 400 mg par jour pendant au moins 20 des 28 derniers jours précédant l'arrêt du sorafenib;
et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

RIBAVIRINE :

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 2 ou 3 qui reçoivent un traitement à base de sofosbuvir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation sera accordée pour une période maximale de 12 semaines pour le génotype 2 et de 24 semaines pour le génotype 3.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 qui reçoivent l'association lédipasvir/sofosbuvir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.
- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique qui présentent une cirrhose décompensée et qui reçoivent l'association sofosbuvir/velpatasvir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 12 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'hépatite C chronique de génotype 1 ou 4 qui reçoivent l'association elbasvir/grazoprévir, selon l'indication reconnue pour le paiement. L'autorisation est accordée pour une période maximale de 16 semaines.

RIBOCICLIB (succinate de) :

- ◆ en association avec un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien, comme thérapie endocrinienne initiale pour le cancer du sein au stade localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2 chez les femmes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Les femmes en préménopause ou en périménopause doivent recevoir un agoniste de l'hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires (LHRH).

Il est à noter que le ribociclib n'est pas autorisé en cas de résistance à un inhibiteur de l'aromatase non stéroïdien administré dans le contexte néoadjuvant ou adjuvant du cancer du sein. La résistance est définie par une progression survenant pendant la prise ou au cours des 12 mois suivant la fin de la prise d'un inhibiteur de l'aromatase.

- ◆ en association avec le fulvestrant, pour le traitement du cancer du sein localement avancé non résécable ou métastatique, positif pour les récepteurs hormonaux et ne surexprimant pas le récepteur HER2, chez les femmes ménopausées présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1, et dont :
 - le cancer est nouvellement diagnostiqué;
 - ou
 - le cancer a progressé durant un traitement endocrinien ou à la suite de celui-ci.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter que le ribociclib n'est pas autorisé à la suite de l'échec d'un inhibiteur des CDK 4/6 si celui-ci a été administré pour le traitement du cancer du sein.

★ RIFAXIMINE :

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

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

RILUZOLE :

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

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

Lors des demandes subséquentes, et chez les patients déjà sous traitement, le médecin doit confirmer

l'absence de trachéotomie chez son patient. La durée maximale de l'autorisation est de 6 mois. Le renouvellement ne sera pas autorisé en présence d'une trachéotomie.

RIOCIGUAT :

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

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

RISANKIZUMAB :

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

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

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

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

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

Les autorisations pour le risankizumab sont données à raison de 150 mg (soit deux injections de 75 mg) aux semaines 0 et 4, puis toutes les 12 semaines par la suite.

RITUXIMAB :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate.

Lors de la demande initiale :

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 8 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 5 éléments suivants :
 - un facteur rhumatoïde positif;
 - des érosions au plan radiologique;
 - un score supérieur à 1 au questionnaire d'évaluation de l'état de santé (HAQ);
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement d'une durée suffisante avec un inhibiteur du facteur de nécrose tumorale alpha (anti-TNF α) inscrit sur les listes de médicaments comme traitement biologique de première intention de la polyarthrite rhumatoïde, ou encore avec un agent biologique possédant un mécanisme d'action différent, inscrit aux mêmes fins, et ce, en cas d'intolérance ou de contre-indication sérieuses aux anti-TNF α .

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par :

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

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

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

Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1 000 mg chacune.

RIVAROXABAN, 2,5 mg :

- ◆ pour la prévention secondaire des événements cardiovasculaires, en association avec une faible dose d'acide acétylsalicylique, chez les patients atteints d'une coronaropathie et d'une maladie artérielle périphérique.

★ RIVAROXABAN, 10 mg :

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

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

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

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

★ RIVAROXABAN, 15 mg et 20 mg :

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

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

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

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

RIVASTIGMINE :

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

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

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

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

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

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

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

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

ROSIGLITAZONE (maléate de) :

- ◆ pour le traitement des personnes diabétiques de type 2 :
 - en association avec la metformine lorsqu'une sulfonylurée est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - en association avec une sulfonylurée lorsque la metformine est contre-indiquée, non tolérée ou inefficace;
 - lorsque la metformine et une sulfonylurée ne peuvent être utilisées en raison de contre-indication ou d'intolérance à ces agents;
 - en association avec la metformine et une sulfonylurée lorsque le passage à l'insulinothérapie est indiqué mais que la personne n'est pas en mesure de la recevoir;
 - présentant une insuffisance rénale.

Toutefois, la rosiglitazone demeure couverte par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 1^{er} octobre 2009 et si son coût a déjà été assumé en vertu de ce régime dans le cadre des indications prévues à la présente annexe.

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

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

ROTIGOTINE :

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

RUFINAMIDE :

- ◆ pour les personnes atteintes du syndrome de Lennox-Gastaut lorsqu'au moins trois antiépileptiques sont contre-indiqués, non tolérés ou inefficaces.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 3 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement soit une diminution du nombre ou de l'intensité des crises convulsives ou une récupération plus rapide après une phase post-ictale. Les demandes subséquentes sont autorisées pour une période de 12 mois.

RUXOLITINIB (phosphate de) :

- ◆ pour le traitement de la splénomégalie associée à la myélofibrose primitive, à la myélofibrose consécutive à une polycythémie vraie ou à une thrombocythémie essentielle, chez les personnes présentant :
 - une rate palpable à 5 cm ou plus sous le rebord costal gauche accompagnée d'une imagerie de base;
et
 - une maladie de risque intermédiaire 2 ou de haut risque selon l'IPSS (système international de score d'évaluation du pronostic);
et
 - un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 3.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par la réduction importante de la splénomégalie confirmée par imagerie ou par l'examen physique et par l'amélioration de la symptomatologie chez les patients symptomatiques initialement.

- ◆ pour le contrôle de l'hématocrite chez les personnes atteintes d'une polycythémie vraie :
 - dont la maladie est résistante à l'hydroxyurée;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La résistance à l'hydroxyurée est définie, à la suite d'un traitement d'au moins 3 mois à raison d'une dose d'au moins 2 g par jour ou d'au moins 3 mois à la dose maximale efficace qui n'entraîne pas de toxicité hématologique, cutanée ou digestive de grade 3 ou plus, par :

- le recours à plus d'une phlébotomie sur une période de 3 mois, et ce, afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %;
ou

- un décompte leucocytaire supérieur à $10 \times 10^9/l$ et un décompte plaquettaire supérieur à $400 \times 10^9/l$;
ou
- une persistance des symptômes associés à une splénomégalie.

La première autorisation est d'une durée maximale de 4 mois.

Lors de la deuxième demande, le médecin doit fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par une réduction du recours à la phlébotomie afin de maintenir l'hématocrite inférieur à 45 %, une amélioration de la thrombocytose et de la leucocytose ou une amélioration des symptômes associés à une splénomégalie. La deuxième autorisation est d'une durée maximale de 6 mois.

Pour les autorisations subséquentes, le médecin doit fournir la preuve du maintien du bénéfice clinique sur la fréquence du recours à la phlébotomie, les leucocytes et les plaquettes ou les symptômes associés à une splénomégalie. Les autorisations subséquentes sont pour des durées maximales de 6 mois.

SACUBITRIL / VALSARTAN :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque de classe II ou III de la New York Heart Association (NYHA) présentant une dysfonction systolique ventriculaire gauche (avec une fraction d'éjection $\leq 40\%$);
 - en association avec un bêta-bloquant à moins de contre-indication ou d'intolérance;
et
 - en remplacement d'un traitement en cours depuis au moins 4 semaines avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).

SALBUTAMOL (sulfate de), Pd. pour Inh. :

- ◆ pour le traitement des personnes présentant de la difficulté à utiliser un dispositif d'inhalation autre que le dispositif Diskus^{MC} ou qui reçoivent déjà un autre médicament au moyen de ce dispositif.

SALMÉTÉROL (xinafoate de) / FLUTICASONE (propionate de) :

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

Les associations de formotérol dihydraté (fumarate de)/budésonide et de salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeurent couvertes pour les personnes assurées auprès de la RAMQ qui ont déjà obtenu un remboursement dans les 365 jours précédant le 1^{er} octobre 2003.

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins 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.

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

Lors de la demande subséquente, pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations, l'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. Pour les personnes 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.

Toutefois, l'association salmétérol (xinafoate de)/fluticasone (propionate de) demeure couverte par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 24 mars 2016.

SAPROPTÉRINE (dichlorhydrate de) :

- ◆ pour les femmes atteintes de phénylcétonurie et qui désirent procréer, une période d'essai de deux mois sera autorisée afin de déterminer celles qui répondent à la saproptérine.

Par la suite, le médecin devra fournir les preuves suivantes :

- une réponse à la saproptérine définie par une diminution moyenne de la concentration sérique de phénylalanine d'au moins 30 %;
et
- une concentration sérique de phénylalanine supérieure à 360 $\mu\text{mol/l}$ malgré une diète restreinte en phénylalanine.

L'autorisation sera alors accordée pour la période pendant laquelle la femme tente activement de procréer, et ce, jusqu'à la fin de la grossesse.

SARILUMAB :

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave

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

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

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

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

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;

- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

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

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

SAXAGLIPTINE :

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

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

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (chlorhydrate de) :

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

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

SÉBÉLIPASE ALFA :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la forme infantile d'un déficit en lipase acide lysosomale (DLAL), aussi appelé maladie de Wolman.

À l'instauration du traitement, la personne doit :

- présenter des manifestations cliniques du DLAL avant l'âge de six mois, notamment un retard de croissance depuis la naissance; et
- avoir reçu une confirmation de DLAL par dosage enzymatique; ou
- avoir reçu une confirmation génétique d'une suppression ou d'une mutation du gène associé au DLAL.

La durée maximale de chaque autorisation est de 12 mois.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale de 5 mg/kg de sébélipase alfa une fois par semaine.

SÉCUKINUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
 - en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI); et
 - lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions;

- et
- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine;
 - ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour;
 - ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SELEXIPAG :

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

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

SÉMAGLUTIDE :

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

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

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

SENNOSIDES A & B :

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

SÉVÉLAMER (carbonate de) :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SÉVÉLAMER (chlorhydrate de) :

- ◆ comme chélateur du phosphate chez les personnes en insuffisance rénale grave lorsqu'un sel de calcium est contre-indiqué, non toléré ou ne permet pas un contrôle optimal de l'hyperphosphatémie.

Il est à noter que le sévélamer ne sera pas autorisé de façon concomitante avec le lanthane hydraté ou l'oxyhydroxyde sucro-ferrique.

SILDÉNAFIL (citrate de) :

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

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

Les autorisations seront données à raison de 20 mg 3 fois par jour.

SITAGLIPTINE :

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

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

SITAGLIPTINE / METFORMINE (chlorhydrate de) :

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

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

SOFOSBUVIR :

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

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

- ◆ en association avec la ribavirine, pour le traitement des personnes souffrant d'hépatite C chronique de génotype 3 :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à l'interféron alfa pégylé;
ou

- qui ont déjà eu un échec thérapeutique avec une association ribavirine/interféron alfa pégylé.

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

SOFOSBUVIR / VELPATASVIR :

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

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

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

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

SOFOSBUVIR / VELPATASVIR / VOXILAPRÉVIR :

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

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

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

SOMATOTROPHINE :

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

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle.

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

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
 - sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
 - sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).
- ◆ pour le traitement du déficit en hormone de croissance chez les personnes dont la croissance osseuse est terminée s'ils répondent aux critères suivants :
 - somatotrophine sérique ou plasmatique entre 0 et 3 µg/L lors d'une épreuve de stimulation pharmacologique.

Chez les personnes présentant un déficit multiple d'hormones hypophysaires, ainsi que pour confirmer une déficience acquise durant l'enfance ou l'adolescence, une seule épreuve de stimulation pharmacologique est nécessaire. Dans le cas d'un déficit isolé en hormone de croissance, une deuxième épreuve est requise.

Le test recommandé est l'hypoglycémie insulémique; si toutefois ce test est contre-indiqué, le test au glucagon peut lui être substitué.

- si le déficit est acquis à l'âge adulte, il doit être consécutif à une maladie hypophysaire ou hypothalamique ou encore à une chirurgie, à une radiothérapie ou à un traumatisme.

◆ pour le traitement du syndrome de Turner :

- le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
- sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
- sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SOMATOTROPHINE – retard de croissance et syndrome de Turner :

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

- croissance non terminée et vitesse de croissance pour leur âge osseux inférieure au 25^e percentile (calculée sur une période de douze mois au minimum), somatotrophine sérique ou plasmatique inférieure à 8 µg/L lors de deux épreuves de stimulation pharmacologique ou entre 8 et 10 µg/L si les tests sont répétés deux fois à six mois d'intervalle.

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

- sont exclus les enfants et les adolescents souffrant d'achondroplasie ou d'un retard de croissance de type génétique ou familial;
- sont exclus les enfants et les adolescents dont l'âge osseux atteint 15 ans pour les filles et 16 ans pour les garçons;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

◆ pour le traitement du syndrome de Turner :

- le syndrome doit avoir été démontré par un caryotype compatible avec ce diagnostic (absence complète ou anomalie de structure d'un des chromosomes X). Ce caryotype peut être homogène ou en mosaïque;
- sont exclues les filles dont l'âge osseux atteint 14 ans;
- sont exclues les filles chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

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

◆ pour le traitement des enfants et adolescents présentant un retard de croissance lié à une insuffisance rénale chronique jusqu'à la transplantation rénale s'ils répondent aux critères suivants :

- croissance non terminée, taux de filtration glomérulaire $\leq 1,25 \text{ mL/s/1,73 m}^2$ (75 mL/min/1,73 m²) et score Z (HSDS) ≤ -2 écarts-type (score Z = taille comparée à la moyenne des valeurs normales pour l'âge et pour le sexe) ou Δ score Z (HSDS) < 0 écart-type lorsque la taille est plus petite que le 10^e percentile (basé sur des périodes d'observation minimales de 6 mois si l'enfant a plus d'un an et de 3 mois pour l'enfant de moins d'un an);
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on n'observe pas de réponse (pas d'augmentation de Δ du score Z (HSDS) dans les douze premiers mois de traitement);
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, on observe l'ossification des cartilages de conjugaison ou lorsque l'enfant a atteint la taille finale prévue;
- sont exclus les enfants et les adolescents chez qui, en cours de traitement, la vitesse de croissance tombe à un niveau inférieur à 2 cm par an, évaluée lors de deux visites consécutives (à intervalle de trois mois).

SORAFENIB (tosylate de) :

- ◆ pour le traitement du carcinome hépatocellulaire de stade avancé, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé suivant une chirurgie ou une thérapie locorégionale, à moins de ne pas y être admissible;
et
 - dont la fonction hépatique est préservée, correspondant au stade Child-Pugh A;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

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

Il est à noter que le sorafenib n'est pas autorisé à la suite d'un échec du lenvatinib, si celui-ci a été administré pour le traitement du carcinome hépatocellulaire.

STIRIPENTOL :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes du syndrome de Dravet, en association avec le clobazam et le valproate, si ces derniers n'ont pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

Avant de conclure à l'inefficacité de ces traitements, ils doivent avoir été titrés de façon optimale, à moins d'une justification pertinente.

Le médecin traitant doit fournir, au début du traitement et à chaque demande ultérieure le nombre mensuel de crises généralisées.

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

L'autorisation sera renouvelée s'il est démontré que le traitement a permis de réduire d'environ 50 % la fréquence mensuelle des crises généralisées.

Les autorisations subséquentes seront pour des durées maximales de 12 mois.

SUNITINIB (malate de) :

- ◆ pour le traitement d'une tumeur stromale gastro-intestinale inopérable, récidivante ou métastatique, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 à 2 :
 - n'ayant pas répondu au traitement par l'imatinib (résistance primaire);
ou
 - dont le cancer a évolué après avoir manifesté une réponse initiale à l'imatinib (résistance secondaire);
ou
 - qui présentent une intolérance sérieuse à l'imatinib.

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

- ◆ pour le traitement de première intention d'un adénocarcinome rénal métastatique caractérisé par la présence de cellules claires, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 3 cycles (18 semaines).

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

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

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

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

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

★ TACROLIMUS, Co. L.A. :

- ◆ pour la prophylaxie du rejet d'organe chez les adultes ayant reçu une greffe rénale.

TACROLIMUS, Pom. Top. :

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

TADALAFIL :

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

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

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

TAFAMIDIS :

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

À l'instauration du traitement, la personne :

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

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

TÉMOZOLOMIDE :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'un astrocytome anaplasique ou d'un glioblastome multiforme et présentant, après l'administration d'un traitement de première intention, une récurrence ou l'évolution de la maladie.
- ◆ en association avec la radiothérapie, pour le traitement de première intention des personnes atteintes d'un glioblastome multiforme ou d'un astrocytome anaplasique.

TÉRIFLUNOMIDE :

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

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.

TÉRIPARATIDE :

- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées qui sont exposées à un risque élevé de fracture, c'est-à-dire :
 - dont le score T mesuré à la hanche, au col fémoral ou au rachis lombaire est inférieur ou égal à $-2,5$;
et
 - qui présentent une réponse inadéquate à une thérapie antirésorptive, définie par :
 - une nouvelle fracture de fragilisation à la suite de la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 12 mois;
ou
 - une diminution significative de la densité minérale osseuse, sous le score T observé en prétraitement chez les femmes avec un antécédent de fracture ostéoporotique, malgré la prise continue de la thérapie antirésorptive pendant au moins 24 mois.

La durée maximale de l'autorisation est de 18 mois.

THALIDOMIDE :

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

La durée maximale de chaque autorisation est de 6 mois.

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

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

★ TICAGRÉLOR :

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

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

★ TIGÉCYCLINE :

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

TIPRANAVIR :

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

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

- ◆ pour le traitement en première intention, en association avec d'autres antirétroviraux, des personnes infectées par le VIH pour lesquelles une épreuve de laboratoire démontre l'absence de sensibilité aux autres inhibiteurs de la protéase, jumelée à une résistance pour l'une ou l'autre des classes des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et des inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse, ou aux deux, et :
 - dont la charge virale actuelle et une autre d'il y a au moins un mois sont supérieures ou égales à 500 copies/mL;
et
 - dont le décompte de lymphocytes CD4 actuel et un autre d'il y a au moins un mois sont inférieurs ou égaux à 350/μL;
et

- pour qui l'utilisation du tipranavir est nécessaire à la constitution d'un régime thérapeutique efficace.

TIZANIDINE (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la spasticité lorsque le baclofène est inefficace, contre-indiqué ou non toléré.

TOBRAMYCINE (sulfate de), Sol. pour Inh. et Pd. pour Inh. :

- ◆ chez les personnes atteintes de fibrose kystique, pour le traitement de l'infection chronique à *Pseudomonas aeruginosa* lorsque l'on observe une détérioration de l'état clinique malgré le traitement conventionnel ou lors d'allergie aux agents de conservation.

TOCILIZUMAB, Sol. Perf. I.V. :

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison d'une dose maximale de 8 mg/kg à toutes les 4 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations articulaires prédominantes.

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

- la personne doit avoir, avant le début du traitement, 5 articulations ou plus avec synovite active et l'un des 2 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 et

- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec le méthotrexate à la dose de 15 mg/m² ou plus (dose maximale de 20 mg) par semaine pendant au moins 3 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication;
- et
- la maladie doit être toujours active malgré un traitement avec un agent modulateur de la réponse biologique titré de façon optimale pendant au moins 5 mois, à moins d'intolérance ou de contre-indication.

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

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

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

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite juvénile idiopathique systémique modérée ou grave, avec manifestations systémiques prédominantes.

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

- la personne doit avoir eu, avant le début du traitement, 1 articulation ou plus avec synovite active et l'un des 3 éléments suivants :
 - une élévation de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une augmentation de la vitesse de sédimentation;
 - un autre signe d'inflammation chronique tel que : anémie, thrombocytose, leucocytose;
- et
- présenter au moins une atteinte systémique parmi les suivantes :
 - persistance d'épisodes de fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$);
 - éruption cutanée typique;
 - adénomégalie, hépatomégalie ou splénomégalie;
 - inflammation ou épanchement séreux.

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

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

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

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison de 12 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de moins de 30 kg, et de 8 mg/kg toutes les 2 semaines, pour les enfants de 30 kg ou plus.

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations pour le tocilizumab sont données à raison de 10 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de moins de 30 kg et de 8 mg/kg toutes les 4 semaines pour les enfants de 30 kg ou plus.

TOCILIZUMAB, Sol. Inj. S.C. (ser) et Sol. Inj. S.C. (stylo) :

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

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

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

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

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

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

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

Les autorisations pour le tocilizumab Sol. Inj. S.C. sont données à raison d'une dose maximale de 162 mg à toutes les semaines.

- ◆ comme traitement adjuvant à une corticothérapie, administrée à doses décroissantes, chez les personnes atteintes d'artérite à cellules géantes.

L'autorisation est accordée pour une durée maximale de 52 semaines par épisode.

Une autorisation peut être accordée par la suite pour tout nouvel épisode de la maladie, selon les modalités de traitement précitées du premier épisode, et ce, pour une durée maximale de 52 semaines.

TOCOPHÉRYLE (acétate de dl-alpha) :

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

TOFACITINIB (citrate de) :

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

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

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

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

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication :
 - en présence d'un score Mayo de 6 à 12 points;
 - et
 - en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %, ou une diminution du score Mayo partiel d'au moins 2 points;
- et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

TRAMÉTINIB :

- ◆ en association avec le dabrafénib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le tramétinib, en association avec le dabrafénib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en association avec le dabrafénib, pour le traitement adjuvant d'un mélanome exprimant une mutation V600 du gène BRAF, avec atteinte des ganglions lymphatiques régionaux, ou avec des métastases en transit ou satellites sans atteinte ganglionnaire, chez les personnes :
 - dont le mélanome a été complètement résectué;
et
 - dont la dernière résection a été réalisée dans les 12 semaines précédentes;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de récurrence de la maladie.

La durée maximale du traitement est de 12 mois.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résectable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse à un inhibiteur BRAF;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que la prise de tramétinib n'est pas autorisée à la suite d'un échec avec un inhibiteur BRAF si celui-ci a été administré pour le traitement du mélanome.

TRANDOLAPRIL / VÉRAPAMIL (chlorhydrate de) :

- ◆ pour les personnes déjà sous traitement avec un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine et le vérapamil pris séparément.

TREPROSTINIL SODIQUE :

- ◆ pour le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire de classe fonctionnelle III ou IV de l'OMS, qu'elle soit idiopathique ou associée à une connectivite, et qui est symptomatique malgré le traitement conventionnel optimal.

Les personnes doivent être évaluées et suivies par des médecins oeuvrant dans des centres désignés, spécialisés dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire.

TRÉTINOÏNE, Cr. Top. et Gel Top. :

- ◆ pour le traitement de l'acné ou d'autres maladies de la peau nécessitant un traitement kératolytique.

TRIFLURIDINE / TIPIRACIL (chlorhydrate de) :

- ◆ en monothérapie, pour le traitement du cancer colorectal métastatique chez les personnes présentant un statut de performance selon l'ECOG de 0 ou 1 ainsi qu'un échec aux thérapies suivantes, à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse :
 - une chimiothérapie à base d'irinotécan et d'une fluoropyrimidine;
et
 - une chimiothérapie à base d'oxaliplatine et d'une fluoropyrimidine;
et
 - un traitement incluant le bevacizumab;
et
 - en présence d'un gène RAS non muté, un traitement incluant le panitumumab ou le cétuximab.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie.

- ◆ en monothérapie, pour le traitement de l'adénocarcinome gastrique ou de la jonction gastro-œsophagienne à un stade métastatique, chez les personnes :
 - dont la maladie a progressé à la suite d'au moins deux traitements systémiques pour un cancer avancé, à moins de contre-indication ou d'intolérance sérieuse, incluant une chimiothérapie à base de fluoropyrimidine, de sel de platine, de taxane ou d'irinotécan. Les personnes au statut HER2 positif doivent également avoir reçu une thérapie ciblant les récepteurs HER2; à moins d'une contre-indication ou d'une intolérance sérieuse;
et
 - dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

TROSPIUM (chlorure de) :

- ◆ pour le traitement de l'hyperactivité vésicale pour les personnes chez qui au moins un des antimuscariniques inscrits dans la section régulière de la liste, est mal toléré, contre-indiqué ou inefficace.

UROFOLLITROPINE :

- ◆ chez la femme dans le cadre d'un protocole de stimulation ovarienne.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

- ◆ chez la femme dans le cadre de services requis à des fins de préservation de la fertilité visant la stimulation ovarienne ou l'induction à l'ovulation avant tout traitement de chimiothérapie oncologique ou de radiothérapie comportant un risque sérieux d'entraîner des mutations génétiques aux gamètes ou l'infertilité permanente ou avant l'exérèse radicale des ovaires présents chez une personne dans un but thérapeutique oncologique.

Les autorisations sont accordées pour une durée maximale d'un an.

USTEKINUMAB :

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique :

- en présence d'un score égal ou supérieur à 15 sur l'échelle de sévérité du psoriasis (PASI) ou de plaques importantes au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale; et
- en présence d'un score égal ou supérieur à 15 au questionnaire d'évaluation de la qualité de vie (DLQI); et
- lorsqu'un traitement de photothérapie de 30 séances ou plus pendant 3 mois n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie, à moins que ce traitement soit contre-indiqué, ne soit pas toléré, ne soit pas accessible ou qu'un traitement de 12 séances ou plus pendant 1 mois n'ait pas procuré d'amélioration significative des lésions; et
- lorsqu'un traitement avec 2 agents de rémission, utilisés en concomitance ou non, pendant au moins 3 mois chacun n'a pas permis un contrôle optimal de la maladie. À moins d'intolérance ou de contre-indication sérieuses, ces 2 agents doivent être :
 - le méthotrexate à la dose de 15 mg ou plus par semaine; ou
 - la cyclosporine à la dose de 3 mg/kg ou plus par jour; ou
 - l'acitrétine à la dose de 25 mg ou plus par jour.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 5 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base; ou
- une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base; ou
- une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations pour l'ustekinumab sont données pour une dose de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis aux 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave :
 - lorsque les anti-TNF α figurant dans la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions sont contre-indiqués. Dans ce cas, les conditions requises pour accorder la première autorisation de l'ustekinumab sont les mêmes que celles lors de l'instauration d'un traitement avec les anti-TNF α excluant l'infliximab, et ce, en tenant compte qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique; ou
 - lorsqu'un traitement avec un anti-TNF α figurant dans la liste des médicaments pour le traitement de cette maladie à certaines conditions n'a pas permis un contrôle optimal de celle-ci ou n'a pas été toléré. L'anti-TNF α doit avoir été utilisé conformément aux indications qui lui sont reconnues dans cette liste pour cette pathologie, et ce, en tenant compte qu'il s'agit de la forme rhumatoïde ou non de l'arthrite psoriasique.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 7 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,2 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations pour l'ustekinumab sont données pour une dose de 45 mg aux semaines 0 et 4 puis toutes les 12 semaines. Une dose de 90 mg peut être autorisée pour les personnes dont le poids corporel est supérieur à 100 kg.

★ VALGANCICLOVIR (chlorhydrate de) :

- ◆ pour le traitement de la rétinite à cytomégalovirus (CMV) chez les personnes immunodéficientes.
- ◆ pour la prophylaxie de l'infection à CMV chez les personnes D+R- ayant subi une transplantation d'organe solide et chez les personnes D+R+ ou D-R+ ayant eu une greffe pulmonaire.

La durée maximale de l'autorisation est de 100 jours.

- ◆ pour la prophylaxie de l'infection à CMV chez les personnes D+R-, D+R+ et D-R+ ayant subi une transplantation d'organe solide lorsqu'ils reçoivent des anticorps antilymphocytes.

La durée maximale de chaque autorisation est de 100 jours.

- ◆ pour le traitement préemptif (en présence de réplication virale documentée du CMV) de l'infection à CMV chez les personnes D+R-, D+R+ et D-R+ ayant subi une transplantation d'organe solide.

La durée maximale de l'autorisation est de 100 jours par épisode.

VEDOLIZUMAB :

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs à moins d'intolérance sérieuse ou de contre-indication :

- en présence d'un score Mayo de 6 à 12 points;
et
- en présence d'un sous-score endoscopique (du score Mayo) d'au moins 2 points.

La demande initiale est autorisée pour une période maximale de 4 mois.

Lors d'une demande pour la poursuite du traitement, le médecin doit fournir les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %, ou une diminution du score Mayo partiel d'au moins 2 points;
et
- un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

Les demandes de poursuite de traitement sont autorisées pour une période maximale de 12 mois.

Les autorisations pour le vedolizumab sont données à raison de 300 mg aux semaines 0, 2 et 6, puis toutes les 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes et les immunosuppresseurs, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes. L'essai d'un immunosuppresseur doit avoir été d'au moins 8 semaines.

Lors de la demande initiale, le médecin devra mentionner l'immunosuppresseur utilisé ainsi que la durée du traitement.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 3 mois et comprend un maximum de 3 doses de 300 mg administrées aux semaines 0, 2 et 6.

Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée à raison de 300 mg toutes les 8 semaines pour une durée maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des adultes atteints de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, toujours active malgré un traitement par les corticostéroïdes, à moins d'intolérance importante ou de contre-indication aux corticostéroïdes, lorsque les immunosuppresseurs sont contre-indiqués, non tolérés ou qu'ils ont été inefficaces dans le passé lors d'un épisode similaire après un traitement combiné avec des corticostéroïdes.

Lors de la demande initiale, le médecin devra préciser la nature de la contre-indication ou de l'intolérance ainsi que l'immunosuppresseur utilisé.

L'autorisation initiale est donnée pour une période de 3 mois et comprend un maximum de 3 doses de 300 mg administrées aux semaines 0, 2 et 6.

Lors de demandes subséquentes, le médecin devra fournir l'évidence d'un effet clinique bénéfique. La demande sera alors autorisée à raison de 300 mg toutes les 8 semaines pour une durée maximale de 12 mois.

VÉMURAFÉNIB :

- ◆ en association avec le cobimétinib, pour le traitement de première intention ou de deuxième intention à la suite d'un échec à une chimiothérapie ou à une immunothérapie ciblant le PD-1 ou le CTLA-4, d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Il est à noter que le vémurafénib, en association avec le cobimétinib, n'est pas autorisé à la suite d'un échec avec un traitement associant un inhibiteur BRAF et un inhibiteur MEK, s'il a été administré pour le traitement d'un mélanome.

- ◆ en monothérapie pour le traitement d'un mélanome non résecable ou métastatique présentant une mutation BRAF V600, chez les personnes dont le statut de performance selon l'ECOG est de 0 ou 1 :
 - qui présentent une contre-indication ou une intolérance sérieuse au dabrafénib;
ou
 - qui sont porteuses d'une mutation BRAF V600K.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie confirmée par imagerie ou basée sur l'examen physique.

Toutefois, le vémurafénib demeure couvert par le Régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 3 mois précédant le 2 juin 2014, en autant que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique par l'absence de la progression de la maladie.

VÉNÉTOCLAX :

- ◆ en monothérapie, pour la poursuite du traitement de la leucémie lymphoïde chronique chez les personnes dont la maladie n'a pas progressé pendant un traitement de 6 cycles combinant le vénétoclax et le rituximab.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

Les deux premières autorisations sont données pour une durée maximale de 7 cycles et la dernière, pour 6 cycles, pour un total de 20 cycles.

VERTÉPORFINE :

- ◆ pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge avec néovascularisation chez les personnes présentant une atteinte de 50 p. cent ou plus de la surface maculaire.
- ◆ pour le traitement de la myopie pathologique avec néovascularisation.
- ◆ pour le traitement du syndrome d'histioplasmose oculaire présumé avec néovascularisation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / FLUTICASONE (furoate de), 25 mcg – 100 mcg :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez les personnes :
 - ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
 - ou
 - ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;
 - ou
 - dont la maladie est associée à une composante 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.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande subséquente, pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'exacerbations, l'autorisation pourra être accordée si le médecin considère que les bénéfices escomptés surpassent les risques encourus. Pour les personnes ayant obtenu le traitement en raison d'une composante asthmatique, le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

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.

- ◆ 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), 25 mcg – 200 mcg :

- ◆ pour le traitement de l'asthme et d'autres maladies obstructives réversibles des voies respiratoires, chez les personnes dont le contrôle de la maladie est insuffisant malgré l'utilisation d'un corticostéroïde en inhalation.

VILANTÉROL (trifénatate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') :

- ◆ pour le traitement d'entretien des personnes atteintes de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) chez qui l'usage d'un bronchodilatateur à longue action depuis au moins 3 mois n'a pas permis un bon contrôle des symptômes de la maladie.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 6 mois. Lors de la demande subséquente, le médecin devra 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.

VILANTÉROL (trifénatate de) / UMÉCLIDINIUM (bromure d') / FLUTICASONE (furoate de) :

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes :
 - ayant présenté au moins deux exacerbations des symptômes de la maladie dans la dernière année, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association. Par exacerbation, on entend une aggravation soutenue et répétée des symptômes qui nécessite une intensification du traitement pharmacologique, comme l'ajout de corticostéroïdes oraux, une visite médicale précipitée ou une hospitalisation;
ou
 - ayant présenté au moins une exacerbation des symptômes de la maladie dans la dernière année ayant nécessité une hospitalisation, en dépit de l'utilisation régulière en inhalation de deux bronchodilatateurs à longue action en association;
ou
 - dont la maladie est associée à une composante 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.

L'autorisation initiale est pour une durée maximale de 12 mois.

Lors de la demande subséquente, le médecin devra fournir la preuve d'une amélioration des symptômes de la maladie.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Il est à noter que cette association ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ou un corticostéroïde inhalé, utilisé seul ou en association.

- ◆ pour le traitement d'entretien de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) modérée ou grave, chez des personnes qui reçoivent déjà un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ainsi qu'un corticostéroïde en inhalation depuis plus d'un an.

Les autorisations sont données à raison d'une dose maximale quotidienne de 100 mcg de furoate de fluticasone.

Il est à noter que cette association ne doit pas être utilisée en concomitance avec un agoniste β_2 à longue action, un antimuscarinique à longue action ou un corticostéroïde inhalé, utilisé seul ou en association.

VISMODEGIB :

- ◆ pour le traitement du carcinome basocellulaire au stade localement avancé ou métastatique chez les personnes qui ne sont pas admissibles à la chirurgie ni à la radiothérapie et qui présentent un statut de performance selon l'ECOG de 0 à 2.

La durée maximale de chaque autorisation est de 4 mois.

Lors des demandes pour la poursuite du traitement, le médecin devra fournir la preuve d'un effet clinique bénéfique par l'absence de progression de la maladie.

★ VORICONAZOLE :

- ◆ pour le traitement de l'aspergillose invasive.
- ◆ pour le traitement de la candidémie chez les personnes non neutropéniques qui ont un échec, une intolérance ou une contre-indication au fluconazole et à une formulation d'amphotéricine B.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 4 mg/5 mL :

- ◆ pour le traitement de l'hypercalcémie d'origine tumorale.
- ◆ pour la prévention des événements osseux chez les personnes présentant une tumeur solide avec au moins une métastase osseuse, ou un myélome multiple avec lésions osseuses.

Sans égard aux indications de paiement énoncées ci-dessus, l'acide zolédronique est couvert par le régime général d'assurance médicaments pour les personnes assurées ayant utilisé ce médicament au cours des 12 mois précédant le 28 avril 2004.

Pour ce qui est des personnes visées au paragraphe précédent et assurées par la RAMQ, celles-ci n'auront pas à transmettre le formulaire « Demande d'autorisation – médicament d'exception ». La RAMQ en supportera le coût sans autre formalité si elle l'a déjà fait au cours de la période précitée.

ZOLÉDRONIQUE (acide), Sol. Perf. I.V. 5 mg/100 mL :

- ◆ pour le traitement de la maladie de Paget.
- ◆ pour le traitement de l'ostéoporose postménopausique chez les femmes ne pouvant recevoir un bisphosphonate oral en raison d'une intolérance sérieuse ou d'une contre-indication.

LISTE DES MÉDICAMENTS D'EXCEPTION
DONT LES INDICATIONS RECONNUES DEMEURENT COUVERTES
POUR LES PERSONNES EN COURS DE TRAITEMENT

INFLIXIMAB (Remicade) :

Pd. Perf. I.V. 02244016	Remicade	Janss. Inc	1	100 mg 940,00		
----------------------------	----------	---------------	---	------------------	--	--

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique. La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois.
- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 3 mg/kg avec la possibilité d'augmenter la dose à 5 mg/kg après 3 doses ou à la 14^e semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 6 à 8 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
 - ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
 - ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 5 mg/kg aux 8 semaines.

ÉTANERCEPT (Enbrel) :

Sol. Inj. S.C				50 mg/mL(1mL)	
02274728	Enbrel (seringue)	Amgen	4	1437,13	359,2825
99100373	Enbrel SureClick	Amgen	4	1437,13	359,2825

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que, le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement soit :
 - une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
 - ou
 - une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
 - ou
 - un retour au travail.

ANNEXE IV.1

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile (arthrite rhumatoïde juvénile et arthrite chronique juvénile) modérée ou grave, de forme polyarticulaire ou systémique à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 6 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,13 du score au questionnaire pédiatrique d'évaluation de l'état de santé (CHAQ) ou un retour à l'école;
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale du médecin (échelle visuelle analogue);
 - une amélioration d'au moins 20 % de l'évaluation globale de la personne ou du parent (échelle visuelle analogue);
 - une diminution de 20 % ou plus du nombre d'articulations avec limitation de mouvement touchées.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison 0,8 mg/kg (dose maximale de 50 mg) par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde à la condition que le médecin fournisse les données permettant de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score de HAQ;
 - un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 50 mg 2 fois par semaine.

INSULINE GLARGINE (100 U/mL (3 mL)) :

Sol. Inj. S.C		100 U/mL (3 mL)			
02251930	Lantus	SanofiAven	5	88,12	
02294338	Lantus SoloStar	SanofiAven	5	88,12	

- ◆ pour le traitement du diabète lorsqu'un essai préalable avec une insuline à action intermédiaire n'a pas permis de contrôler de façon adéquate le profil glycémique sans causer un épisode d'hypoglycémie grave ou de fréquents épisodes d'hypoglycémie.

GLATIRAMÈRE (acétate de) :

Sol. Inj. S.C.(ser)		20 mg/mL			
02245619	Copaxone	Teva Innov	30	1296,00	43,20

- ◆ pour le traitement des personnes ayant présenté une première poussée clinique aiguë de démyélinisation documentée à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par l'absence de nouvelle poussée clinique.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de sclérose en plaques de forme rémittente, à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet bénéfique démontré par l'absence de détérioration. Le résultat sur l'échelle EDSS doit demeurer inférieur à 7.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'un an.

FILGRASTIM (Neupogen) :

Sol. Inj.		300 mcg/mL (1,0 mL)			
01968017	Neupogen	Amgen	10	1731,89	173,1890

Sol. Inj.		300 mcg/mL (1,6 mL)			
99001454	Neupogen	Amgen	10	2771,02	277,1020

- ◆ pour le traitement des personnes recevant des cycles de chimiothérapie moyennement ou hautement myélosuppressive (≥ 40 p. cent de risque de neutropénie fébrile).
- ◆ pour le traitement des personnes à risque de développer une neutropénie grave lors de chimiothérapie.
- ◆ lors des cycles subséquents de chimiothérapie, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de la dose d'antinéoplasiques n'est pas appropriée.

ANNEXE IV.1

- ◆ lors des cycles subséquents de chimiothérapie à visée curative, pour le traitement des personnes ayant souffert d'une neutropénie (numération de neutrophiles inférieure à $1,5 \times 10^9/L$) survenant lors des premiers cycles de chimiothérapie et pour lesquelles une réduction de dose ou un retard dans le plan d'administration de la chimiothérapie ne sont pas acceptables.
- ◆ lors de chimiothérapie chez les enfants atteints de tumeur solide.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une aplasie médullaire grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$) en attente d'un traitement curatif par une greffe de moelle osseuse ou par le sérum antithymocytes.
- ◆ pour le traitement des personnes souffrant d'une neutropénie chronique congénitale, héréditaire, idiopathique ou cyclique ayant une numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$.
- ◆ pour le traitement des personnes infectées par le VIH souffrant d'une neutropénie grave (numération des neutrophiles inférieure à $0,5 \times 10^9/L$).
- ◆ pour stimuler la moelle osseuse chez le receveur en vue d'une autogreffe.
- ◆ pour le traitement d'appoint lors de leucémie myéloïde aiguë.

RITUXIMAB (Rituxan) :

Sol. Perf. I.V.		10 mg/mL			
02241927	Rituxan	Roche	10 mL 50 mL	453,10 2265,50	

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, en association avec le méthotrexate, ou encore avec le léflunomide en cas d'intolérance ou de contre-indication au méthotrexate, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer une réponse au traitement constatée au cours des premiers 6 mois suivant la dernière perfusion. La réponse au traitement est définie par une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :
 - une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
 - une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
 - une diminution de 0,20 du score au HAQ;
 - un retour au travail.

L'administration du traitement suivant est alors possible si la maladie n'est toujours pas en rémission ou si, à la suite de l'atteinte d'une rémission, la maladie se réactive.

La durée de chaque autorisation de poursuite de traitement est d'une période minimale de 12 mois et pour un maximum de 2 traitements.

Un traitement est composé de 2 perfusions de rituximab de 1000 mg chacune.

ADALIMUMAB (Humira) :

Sol. Inj. S.C

50 mg/mL(0,8 mL)

02258595	Humira (seringue)	AbbVie	2	1428,48	714,2400
99100385	Humira (stylo)	AbbVie	2	1428,48	714,2400

- ◆ pour le traitement de la polyarthrite rhumatoïde modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Cependant, après 12 semaines de traitement avec l'adalimumab en monothérapie, une autorisation pourra être donnée à raison de 40 mg par semaine.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave de forme rhumatoïde, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score au HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement de l'arthrite psoriasique modérée ou grave, de forme autre que rhumatoïde, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit une diminution d'au moins 20 % du nombre d'articulations avec synovite active et l'un des 4 éléments suivants :

- une diminution de 20 % ou plus de la valeur de la protéine C-réactive;
- une diminution de 20 % ou plus de la vitesse de sédimentation;
- une diminution de 0,20 du score de HAQ;
- un retour au travail.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes souffrant de spondylite ankylosante modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :

- une diminution de 2,2 points ou de 50 % sur l'échelle BASDAI à partir du score prétraitement;
ou
- une diminution de 1,5 point ou de 43 % sur l'échelle BASFI;
ou
- un retour au travail.

ANNEXE IV.1

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison d'un maximum de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de la maladie de Crohn intestinale modérée ou grave, à la condition que le médecin fournisse la preuve d'un effet clinique bénéfique.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines. Toutefois, si la condition médicale justifie d'augmenter la dose à 40 mg par semaine à partir de la 12^e semaine de traitement, l'autorisation sera donnée pour une période maximale de 3 mois. Après quoi, le médecin devra démontrer les bénéfices cliniques obtenus à cette dose, pour le renouvellement des autorisations subséquentes, d'une durée maximale de 12 mois.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes d'une forme grave de psoriasis en plaques chronique, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une amélioration d'au moins 75 % du score PASI par rapport à la valeur de base;
ou
 - une amélioration d'au moins 50 % du score PASI et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport aux valeurs de base;
ou
 - une amélioration significative des lésions au niveau du visage, de la paume des mains, de la plante des pieds ou de la région génitale par rapport à l'évaluation prétraitement et une diminution d'au moins 5 points au questionnaire DLQI par rapport à la valeur de base.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois à raison de 40 mg aux 2 semaines.

- ◆ pour le traitement des personnes atteintes de colite ulcéreuse modérée à grave, à la condition que le médecin fournisse les données qui permettent de démontrer les effets bénéfiques du traitement, soit :
 - une diminution du score Mayo d'au moins 3 points et d'au moins 30 %, ou une diminution du score Mayo partiel d'au moins 2 points;
et
 - un sous-score de rectorragie (du score Mayo) de 0 ou 1 point, ou une diminution de celui-ci d'au moins 1 point.

La durée maximale de chaque autorisation de poursuite de traitement est de 12 mois

ANNEXE IV.2

MÉDICAMENTS RETIRÉS DE LA LISTE DES MÉDICAMENTS ET DONT LA COUVERTURE D'ASSURANCE EST MAINTENUE POUR LES PERSONNES EN COURS DE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE AU MOMENT DU RETRAIT

PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj.		1,1 mg			
01948970	Guêpe (Polistes Spp.)	Allergy	1	240,00	

Pd. Inj.		3,3 mg			
01948873	Vespides combinés	Allergy	1	434,00	

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG

Bandelette

99101227	Dario	Auto. Cont.	100	66,00	
99101469	D360 Blood Glucose Test Strips	Ignite	50	34,23	
			100	63,90	
99101165	GlucoDr	Medihub	50	36,45	
99100332	iTest	Auto. Cont.	50	32,50	
			100	63,00	
99100497	Nova-Max	NovaBiomed	50	34,95	
			100	69,90	
99100479	On-Call Plus	Acon	25	17,50	
			50	33,50	
			100	63,00	
99101314	On Call Vivid	Lab. Paris	50	27,00	
			100	54,00	
99100714	TRUEtest	Nipro Diag	50	27,00	

INSULINE LISPRO (Humalog et Humalog KwikPen)

Sol. Inj. S.C..

100U/mL

02229704	Humalog	Lilly	10 ml	26,17	
----------	---------	-------	-------	-------	--

Sol. Inj. S.C..

100U/mL (3 mL)

02229705	Humalog	Lilly	5	51,44	
02403412	Humalog KwikPen	Lilly	5	51,44	

**LISTE DES MÉDICAMENTS POUR LESQUELS
LA MÉTHODE DU PRIX LE PLUS BAS NE S'APPLIQUE PAS**

**10:00
antinéoplasiques**

leuprolide (acétate de)

**28:28
autres psychotropes**

lithium (carbonate de)

**36:26
diabète sucré**

réactif quantitatif du glucose dans le sang

**36:88.40
sucre**

réactif semi-quantitatif du glucose

**36:88.92
divers**

réactif semi-quantitatif de l'acétone et du glucose

**56:36
anti-inflammatoires gastro-intestinaux**

5-aminosalicylique (acide)

Co. Ent.

5-aminosalicylique (acide)

Co. L.A.

**68:20.08
insulines**

insuline isophane bio-synthétique de séquence humaine

insuline lispro

insuline zinc cristalline bio-synthétique de séquence humaine

insulines zinc cristalline et isophane bio-synthétiques de séquence humaine

**68:36.04
thyroïdiens**

lévothyroxine sodique

**84:92
peau et muqueuses, divers**

hydrogel

**86:16
respiratoires**

théophylline

Co. L.A.

**92:00
autres médicaments**

allergènes (extraits aqueux glycerinés d')
allergènes (extraits aqueux glycerinés non normalisés et normalisés d')
allergènes (extraits aqueux glycerinés normalisés d')
allergènes (extraits précipités à l'alun)
allergènes(extraits aqueux d')
diluant à l'albumine
protéines de venin d'hyménoptères
venins d'hyménoptères

**92:44
Immunosuppresseurs**

cyclosporine

médicaments d'exception

capteur Dexcom G6
capteur FreeStyle Libre
émetteur Dexcom G6
méthylphénidate (chlorhydrate de) Co. L.A. (12 h)
pansement absorbant - chlorure de sodium
pansement absorbant - fibres gélifiantes
pansement absorbant - mousse hydrophile seule ou en association
pansement absorbant bordé - fibres de polyester et rayonne
pansement absorbant bordé - fibres gélifiantes
pansement absorbant bordé - mousse hydrophile seule ou en association
pansement antimicrobien – argent
pansement antimicrobien – iode
pansement antimicrobien bordé – argent
pansement anti-odeur - charbon activé
pansement de rétention de l'humidité - hydrocolloïde ou polyuréthane
pansement de rétention de l'humidité bordé - hydrocolloïde ou polyuréthane
pansement interface - polyamide ou silicone

Légende

Symboles utilisés dans cette liste

- Ⓝ Médicament assujéti au Règlement sur les stupéfiants (C.R.C., ch. 1041).
- Ⓜ Médicament de l'annexe F du Règlement sur les aliments et drogues.
- Ⓞ Drogue contrôlée faisant partie de la partie G du Règlement sur les aliments et drogues (C.R.C., ch. 870).
- Ⓢ Médicament assujéti au Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées (DORS/2000-217).
- * Médicament dont les données ont été modifiées par rapport à l'édition précédente.
- + Médicament ajouté par rapport à l'édition précédente.
- suppl.** Le coût de service pour ce produit est celui applicable aux formules nutritives.
- UE** Médicament jugé unique et essentiel d'un fabricant non reconnu.
- R** Produit retiré du marché par le fabricant mais qui demeure payable par la Régie durant la période de validité de la présente édition.
- PPB** La méthode du prix le plus bas s'applique à cette dénomination commune, forme et teneur.
- ➡ Identifie le prix payable en conformité avec la méthode du prix le plus bas.
- ↑ Identifie le prix maximum payable.

4:00

ANTIHISTAMINIQUES

- 4:04** **antihistaminiques de première**
génération
- 4:04.04 dérivés éthanolamine
- 4:04.16 dérivés pipérazine

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

4:04.04

DÉRIVÉS ÉTHANOLAMINE

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj.

50 mg/mL **PPB**

00596612	<i>Diphenhydramine (chlorhydrate de)</i>	Sandoz	1 ml	➡ 4,04	
00878200	<i>pms-Diphenhydramine</i>	Phmscience	10 ml	11,50	➡ 1,1500

4:04.16

DÉRIVÉS PIPÉRAZINE

FLUNARIZINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

5 mg

02246082	<i>Flunarizine</i>	AA Pharma	60	43,22	0,7203
			100	72,04	0,7204

8:00

ANTI-INFECTIEUX

8:08	anthelminthiques
8:12	antibactériens
8:12.02	aminosides
8:12.06	céphalosporines
8:12.07	divers bêta-lactames
8:12.12	macrolides
8:12.16	pénicillines
8:12.18	quinolones
8:12.20	sulfamidés
8:12.24	tétracyclines
8:12.28	autres antibactériens
8:14	antifongiques
8:14.04	allylamines
8:14.08	azoles
8:14.28	polyènes
8:16	antimycobactériens
8:16.04	antituberculeux
8:16.92	divers antimycobactériens
8:18	antiviraux
8:18.04	adamantanes
8:18.08	antirétroviraux
8:18.20	interférons
8:18.28	inhibiteurs de la neuraminidase
8:18.32	analogues des nucléosides et des nucléotides
8:30	antiprotozoaires
8:30.04	amoebicides
8:30.08	antipaludéens
8:30.92	divers antiprotozoaires
8:36	anti-infectieux urinaires

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

8:08

ANTHELMINTIQUES

MÉBENDAZOLE

Co.

			100 mg		
00556734	Vermox	Janss. Inc	6	19,27	3,2117

PRAZIQUANTEL

Co.

			600 mg		
02230897	Biltricide	Bayer	6	34,68	5,7800

PYRANTEL (PAMOATE DE)

Co.

			125 mg		
02380617	Jamp-Pyrantel Pamoate	Jamp	10	11,20	1,1200

Susp. Orale

			50 mg/mL		
02412470	Jamp-Pyrantel Pamoate Suspension	Jamp	30 ml	20,00	0,6667

8:12.02

AMINOSIDES

AMIKACINE (SULFATE D')

Sol. Inj.

			250 mg/mL (2 mL) PPB		
02481073	Amikacin Sulfate Injection	Marcan	1	➡	84,90
02242971	Amikacine (Sulfate d')	Sandoz	1	➡	84,90
02486717	Sulfate d'amikacine injection	Oméga	1	➡	84,90
02506599	VPI-Amikacin	VPI	10		849,00 ➡ 84,9000

TOBRAMYCINE (SULFATE DE)

Sol. Inj.

			40 mg/mL PPB		
02420287	Jamp-Tobramycin (avec agent de conservation)	Jamp	2 ml	➡	4,45
			30 ml	➡	69,75
02230640	Tobramycin	Fresenius	2 ml	➡	4,45
			30 ml	➡	69,75
02382814	Tobramycin Injection, USP	Mylan	2 ml	➡	4,45
			30 ml	➡	69,75
99005069	Tobramycine (sans préservatif)	Sandoz	2 ml	➡	4,45
02241210	Tobramycine (sulfate de)	Sandoz	2 ml	➡	4,45
			30 ml	➡	69,75
+ 02502372	Tobramycine Injectable	Sterimax	2 ml	➡	4,45

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

8:12.06

CÉPHALOSPORINES

CÉFADROXIL (MONOHYDRATE DE)

Caps.

500 mg **PPB**

02240774	<i>Apo-Cefadroxil</i>	Apotex	100	84,21	➔	0,8421
02235134	<i>Novo-Cefadroxil</i>	Novopharm	100	84,21	➔	0,8421
02311062	<i>Pro-Cefadroxil-500</i>	Pro Doc	100	84,21	➔	0,8421

CÉFAZOLINE SODIQUE

Pd. Inj.

1 g **PPB**

02108127	<i>Céfazoline</i>	Novopharm	10	32,30	➔	3,2300
02437112	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sterimax	25	80,75	➔	3,2300
02297205	<i>Céfazoline pour injection</i>	Apotex	10	32,30	➔	3,2300
02237138	<i>Céfazoline pour injection</i>	Fresenius	10	32,30	➔	3,2300
02308959	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sandoz	10	32,30	➔	3,2300

Pd. Inj.

10 g **PPB**

02108135	<i>Cefazolin</i>	Teva Can	1	➔ 30,15		
02297213	<i>Céfazoline pour injection</i>	Apotex	10	301,50	➔	30,1500
02237140	<i>Céfazoline pour injection</i>	Fresenius	10	301,50	➔	30,1500
02308967	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sandoz	1	➔ 30,15		
02437120	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sterimax	10	301,50	➔	30,1500

Pd. Inj.

500 mg **PPB**

02108119	<i>Céfazoline</i>	Novopharm	10	25,00	➔	2,5000
02437104	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sterimax	25	62,50	➔	2,5000
02237137	<i>Céfazoline pour injection</i>	Fresenius	25	62,50	➔	2,5000
02308932	<i>Céfazoline pour injection</i>	Sandoz	10	25,00	➔	2,5000

CÉFÉPIME (CHLORHYDRATE DE)

Pd. Inj.

2 g

02467518	<i>Apo-Cefepime</i>	Apotex	1 ml	30,20		
----------	---------------------	--------	------	-------	--	--

CEFIXIME

Co.

400 mg **PPB**

02432773	<i>Auro-Cefixime</i>	Aurobindo	7	19,02	➔	2,7172
			10	27,17	➔	2,7172
00868981	<i>Suprax</i>	Odan	7	19,02	➔	2,7172
			10	27,17	➔	2,7172

Susp. Orale

100 mg/5 mL **PPB**

02468689	<i>Auro-Cefixime</i>	Aurobindo	50 ml	18,32	➔	0,3664
00868965	<i>Suprax</i>	Odan	50 ml	18,32	➔	0,3664

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CÉFOTAXIME SODIQUE 

Pd. Inj.			1 g		
02434091	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	10	83,30	8,3300

Pd. Inj.			2 g		
02434105	<i>Céfotaxime sodique pour injection BP</i>	Sterimax	10	166,86	16,6860

CEFPROZIL 

Co.			250 mg PPB		
02292998	<i>Apo-Cefprozil</i>	Apotex	100	43,32	➔ 0,4332
02347245	<i>Auro-Cefprozil</i>	Aurobindo	100	43,32	➔ 0,4332
02293528	<i>Ran-Cefprozil</i>	Ranbaxy	100	43,32	➔ 0,4332
02302179	<i>Sandoz Cefprozil</i>	Sandoz	100	43,32	➔ 0,4332

Co.			500 mg PPB		
02293005	<i>Apo-Cefprozil</i>	Apotex	100	84,94	➔ 0,8494
02347253	<i>Auro-Cefprozil</i>	Aurobindo	100	84,94	➔ 0,8494
02293536	<i>Ran-Cefprozil</i>	Ranbaxy	100	84,94	➔ 0,8494
02302187	<i>Sandoz Cefprozil</i>	Sandoz	100	84,94	➔ 0,8494

Susp. Orale			125 mg/5 mL PPB		
02293943	<i>Apo-Cefprozil</i>	Apotex	75 ml	4,44	R
			100 ml	5,92	R
02163675	<i>Cefzil</i>	B.M.S.	75 ml	12,38	R
			100 ml	16,50	R

Susp. Orale			250 mg/5 mL PPB		
02293951	<i>Apo-Cefprozil</i>	Apotex	75 ml	8,89	R
			100 ml	11,85	R
02163683	<i>Cefzil</i>	B.M.S.	75 ml	24,76	R
			100 ml	33,01	R

CEFTAZIDIME (PENTAHYDRATE DE) 

Pd. Inj.			1 g PPB		
00886971	<i>Ceftazidime pour injection</i>	Fresenius	1	➔ 18,85	
02437848	<i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Sterimax	10	188,50	➔ 18,8500
02212218	<i>Fortaz</i>	GSK	1	21,35	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. Inj.

2 g **PPB**

00886955	<i>Ceftazidime pour injection</i>	Fresenius	1	➔ 37,10	
02437856	<i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Sterimax	10	371,00	➔ 37,1000
02212226	<i>Fortaz</i>	GSK	1	42,00	

Pd. Inj.

6 g **PPB**

00886963	<i>Ceftazidime pour injection</i>	Fresenius	1	➔ 111,29	
02437864	<i>Ceftazidime pour injection BP</i>	Sterimax	1	➔ 111,29	
02212234	<i>Fortaz</i>	GSK	1	125,99	

CEFTRIAXONE SODIQUE 

Pd. Inj.

1 g **PPB**

02325616	<i>Ceftriaxone</i>	Sterimax	10	124,90	➔ 12,4900
02292874	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Apotex	10	124,90	➔ 12,4900
02292270	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Sandoz	10	124,90	➔ 12,4900
02250292	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Hospira	10	124,90	➔ 12,4900
02287633	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Novopharm	1	➔ 12,49	

Pd. Inj.

2 g **PPB**

02325624	<i>Ceftriaxone</i>	Sterimax	10	241,30	➔ 24,1300
02292882	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Apotex	10	241,30	➔ 24,1300
02292289	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Sandoz	10	241,30	➔ 24,1300
02250306	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Hospira	10	241,30	➔ 24,1300

Pd. Inj.

10 g **PPB**

02325632	<i>Ceftriaxone</i>	Sterimax	1	➔ 153,00	
02292904	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Apotex	1	➔ 153,00	
02287668	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Novopharm	1	➔ 153,00	
02292297	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Sandoz	1	➔ 153,00	

Pd. Inj.

250 mg **PPB**

02292866	<i>Ceftriaxone pour injection</i>	Apotex	10	39,50	➔ 3,9500
02250276	<i>Ceftriaxone sodique pour injection</i>	Pfizer	10	39,50	➔ 3,9500
02325594	<i>Ceftriaxone sodique pour injection BP</i>	Sterimax	10	39,50	➔ 3,9500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CÉFUROXIME AXETIL

Co.		250 mg PPB			
02244393	<i>Apo-Cefuroxime</i>	Apotex	100	72,36	➔ 0,7236
02344823	<i>Auro-Cefuroxime</i>	Aurobindo	60	43,42	➔ 0,7236
02212277	<i>Ceftin</i>	GSK	60	93,72	➔ 1,5620
02242656	<i>ratio-Céfuoxime</i>	Ratiopharm	60	43,42	➔ 0,7236

Co.		500 mg PPB			
02244394	<i>Apo-Cefuroxime</i>	Apotex	100	143,36	➔ 1,4336
02344831	<i>Auro-Cefuroxime</i>	Aurobindo	60	86,02	➔ 1,4336
02212285	<i>Ceftin</i>	GSK	60	185,67	➔ 3,0945
02311453	<i>Pro-Cefuroxime</i>	Pro Doc	100	143,36	➔ 1,4336

Susp. Orale		125 mg/5 mL			
02212307	<i>Ceftin</i>	GSK	70 ml 100 ml	11,57 16,52	0,1653 0,1652

CÉFUROXIME SODIQUE

Pd. Inj.		1,5 g PPB			
02241639	<i>Céfuoxime pour injection</i>	Fresenius	1	➔ 28,04	
02422301	<i>Céfuoxime pour injection USP</i>	Sterimax	25	701,00	➔ 28,0400

Pd. Inj.		7,5 g PPB			
02241640	<i>Céfuoxime pour injection</i>	Fresenius	1	➔ 105,14	
02422328	<i>Céfuoxime pour injection USP</i>	Sterimax	10	1051,40	➔ 105,1400

Pd. Inj.		750 mg PPB			
02241638	<i>Céfuoxime pour injection</i>	Fresenius	1	➔ 14,01	
02422298	<i>Céfuoxime pour injection USP</i>	Sterimax	25	350,25	➔ 14,0100

CÉPHALEXINE (MONOHYDRATE DE)

Co. ou Caps.		250 mg PPB			
00768723	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	100 1000	8,66 86,60	➔ 0,0866 ➔ 0,0866
02470578	<i>Auro-Cephalexin</i>	Aurobindo	100 500	8,66 43,30	➔ 0,0866 ➔ 0,0866
02494698	<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	100	8,66	➔ 0,0866
00583413	<i>Novo-Lexin (Co.)</i>	Novopharm	100 1000	8,66 86,60	➔ 0,0866 ➔ 0,0866

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Caps.			500 mg PPB		
00768715	<i>Apo-Cephalex</i>	Apotex	100	17,31	➔ 0,1731
			500	86,55	➔ 0,1731
02470586	<i>Auro-Cephalexin</i>	Aurobindo	100	17,31	➔ 0,1731
			500	86,55	➔ 0,1731
02495651	<i>Cephalexin</i>	Sivem	100	17,31	➔ 0,1731
			500	86,55	➔ 0,1731
00828866	<i>Céphalexin-500</i>	Pro Doc	500	86,55	➔ 0,1731
02494701	<i>Jamp Cephalexin</i>	Jamp	100	17,31	➔ 0,1731
			500	86,55	➔ 0,1731
00583421	<i>Novo-Lexin (Co.)</i>	Novopharm	100	17,31	➔ 0,1731
			500	86,55	➔ 0,1731

Susp. Orale			125 mg/5 mL PPB		
02497743	<i>Auro-Cephalexin</i>	Aurobindo	100 ml	14,62	➔ 0,1462
			150 ml	21,93	➔ 0,1462
02469170	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100 ml	14,62	➔ 0,1462
			150 ml	21,93	➔ 0,1462
00342106	<i>Teva-Lexin 125</i>	Teva Can	100 ml	14,62	➔ 0,1462
			150 ml	21,93	➔ 0,1462

Susp. Orale			250 mg/5 mL PPB		
02497751	<i>Auro-Cephalexin</i>	Aurobindo	100 ml	27,97	➔ 0,2797
			150 ml	41,96	➔ 0,2797
02469189	<i>Lupin-Cephalexin</i>	Lupin	100 ml	27,97	➔ 0,2797
			150 ml	41,96	➔ 0,2797
00342092	<i>Teva-Lexin 250</i>	Teva Can	100 ml	27,97	➔ 0,2797
			150 ml	41,96	➔ 0,2797

8:12.07
DIVERS BÊTA-LACTAMES
CÉFOXITINE SODIQUE 

Pd. Inj.			1 g PPB		
02128187	<i>Cefoxitine</i>	Novopharm	1	➔ 10,60	
02291711	<i>Céfoxitine pour injection</i>	Apotex	10	➔ 106,00	➔ 10,6000

Pd. Inj.			2 g PPB		
02128195	<i>Cefoxitine</i>	Novopharm	1	➔ 21,25	
02291738	<i>Céfoxitine pour injection</i>	Apotex	10	➔ 212,50	➔ 21,2500

ERTAPÉNEM SODIQUE 

Pd. Inj.			1 g PPB		
02511150	<i>Ertapénem pour injection</i>	Dr Reddy's	10	➔ 464,39	➔ 46,4390
02490773	<i>Ertapénem pour injection</i>	Juno	10	➔ 464,39	➔ 46,4390
02247437	<i>Invanz</i>	Merck	10	➔ 464,39	➔ 46,4390

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

IMPÉNEM/ CILASTATINE SODIQUE 

Pd. Inj. I.V.

500 mg -500 mg

00717282	<i>Primaxin</i>	Merck	25	609,50	24,3800
----------	-----------------	-------	----	--------	---------

MEROPENEM 

Pd. Inj.

1 g **PPB**

02378795	<i>Meropenem</i>	Sandoz	10	184,45	➡ 18,4450
02462893	<i>Meropenem pour Injection</i>	Aurobindo	10	184,45	➡ 18,4450
+ 02493349	<i>Meropenem pour Injection</i>	Sterimax	10	184,45	➡ 18,4450
02436507	<i>Méropénem pour injection USP</i>	Sterimax	10	184,45	➡ 18,4450
02415224	<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	1	➡ 18,45	

Pd. Inj.

500 mg **PPB**

02378787	<i>Meropenem</i>	Sandoz	10	92,23	➡ 9,2225
02462885	<i>Meropenem pour Injection</i>	Aurobindo	10	92,23	➡ 9,2225
02415216	<i>Méropénem pour injection, USP</i>	Fresenius	1	➡ 9,22	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

8:12.12

MACROLIDES

AZITHROMYCINE 

Co.

250 mg **PPB**

02255340	ACT Azithromycin	ActavisPhm	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02480700	AG-Azithromycin	Angita	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02247423	Apo-Azithromycin	Apotex	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02415542	Apo-Azithromycin Z	Apotex	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02477610	Azithromycin	Altamed	6	5,65	➔	0,9410
02330881	Azithromycin	Sanis	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02442434	Azithromycin	Sivem	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02452308	Jamp-Azithromycin	Jamp	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02452324	Mar-Azithromycin	Marcan	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02502038	M-Azithromycin	Mantra Ph.	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02267845	Novo-Azithromycin	Novopharm	6	5,65	➔	0,9410
			30	28,23	➔	0,9410
02479680	NRA-Azithromycin	Nora	6	5,65	➔	0,9410
02261634	pms-Azithromycin	Phmscience	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02310600	Pro-Azithromycine	Pro Doc	6	5,65	➔	0,9410
02275287	ratio-Azithromycin	Ratiopharm	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02275309	Riva-Azithromycin	Riva	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02265826	Sandoz Azithromycin	Sandoz	6	5,65	➔	0,9410
			100	94,10	➔	0,9410
02212021	Zithromax	Pfizer	30	146,41		4,8803

Co.

600 mg **PPB**

02256088	ACT Azithromycin	ActavisPhm	6	36,00	➔	6,0000
02261642	pms-Azithromycin	Phmscience	30	180,00	➔	6,0000

Pd. Perf. I.V.

500 mg **PPB**

02465604	Azithromycine pour injection	Aurobindo	10	145,60	➔	14,5600
+ 02483890	Azithromycine pour injection	Sterimax	10	145,60	➔	14,5600
02368846	Azithromycine pour injection, USP	Sterimax	10	145,60	➔	14,5600
02239952	Zithromax I.V.	Pfizer	10	206,44		20,6440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			100 mg/5 mL PPB		
02482363	<i>Auro-Azithromycin</i>	Aurobindo	15 ml	5,59	➔ 0,3726
02274388	<i>Azithromycin</i>	Phmscience	15 ml	5,59	➔ 0,3726
02315157	<i>Novo-Azithromycin Pediatric</i>	Novopharm	15 ml	5,59	➔ 0,3726
02418452	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	15 ml	5,59	➔ 0,3726
02332388	<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	15 ml	5,59	➔ 0,3726
02223716	<i>Zithromax</i>	Pfizer	15 ml	16,17	➔ 1,0780

Susp. Orale			200 mg/5 mL PPB		
02482371	<i>Auro-Azithromycin</i>	Aurobindo	15 ml	7,92	➔ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➔ 0,5280
			37,5 ml	19,80	➔ 0,5280
02274396	<i>Azithromycin</i>	Phmscience	15 ml	7,92	➔ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➔ 0,5280
02315165	<i>Novo-Azithromycin Pediatric</i>	Novopharm	15 ml	7,92	➔ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➔ 0,5280
02418460	<i>pms-Azithromycin</i>	Phmscience	15 ml	7,92	➔ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➔ 0,5280
02332396	<i>Sandoz Azithromycin</i>	Sandoz	15 ml	7,92	➔ 0,5280
			22,5 ml	11,88	➔ 0,5280
			37,5 ml	19,80	➔ 0,5280
02223724	<i>Zithromax</i>	Pfizer	15 ml	22,92	➔ 1,5280
			22,5 ml	34,37	➔ 1,5276

CLARITHROMYCINE

Co.			500 mg PPB		
02274752	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	100	83,18	➔ 0,8318
02126710	<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	100	326,62	➔ 3,2662
02324490	<i>Clarithromycin</i>	Pro Doc	100	83,18	➔ 0,8318
02442485	<i>Clarithromycin</i>	Sivem	100	83,18	➔ 0,8318
02471396	<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	100	83,18	➔ 0,8318
02247574	<i>pms-Clarithromycin</i>	Phmscience	100	83,18	➔ 0,8318
			250	207,95	➔ 0,8318
02361434	<i>Ran-Clarithromycin</i>	Ranbaxy	100	83,18	➔ 0,8318
			500	415,90	➔ 0,8318
02247819	<i>ratio-Clarithromycin</i>	Ratiopharm	100	83,18	➔ 0,8318
			500	415,90	➔ 0,8318
02346532	<i>Riva-Clarithromycine</i>	Riva	100	83,18	➔ 0,8318
			250	207,95	➔ 0,8318
02266547	<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	100	83,18	➔ 0,8318
02248805	<i>Teva Clarithromycin</i>	Teva Can	100	83,18	➔ 0,8318

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. ou Co. L.A.

250 mg / 500 mg L.A. **PPB**

02403196	<i>ACT Clarithromycin XL</i>	ActavisPhm	60	49,46	➔ 0,8243
02274744	<i>Apo-Clarithromycin</i>	Apotex	100	41,22	➔ 0,4122
02413345	<i>Apo-Clarithromycin XL</i>	Apotex	100	82,43	➔ 0,8243
01984853	<i>Biaxin Bid</i>	BGP Pharma	100	161,27	1,6127
02244756	<i>Biaxin XL</i>	BGP Pharma	60	150,86	2,5143
02324482	<i>Clarithromycin</i>	Pro Doc	100	41,22	➔ 0,4122
02466120	<i>Clarithromycin</i>	Sanis	100	41,22	➔ 0,4122
02442469	<i>Clarithromycin</i>	Sivem	100	41,22	➔ 0,4122
02471388	<i>M-Clarithromycin</i>	Mantra Ph.	100	41,22	➔ 0,4122
02247573	<i>pms-Clarithromycin</i>	Phmscience	100	41,22	➔ 0,4122
			250	103,05	➔ 0,4122
02361426	<i>Ran-Clarithromycin</i>	Ranbaxy	100	41,22	➔ 0,4122
			500	206,09	➔ 0,4122
02247818	<i>ratio-Clarithromycin</i>	Ratiopharm	100	41,22	➔ 0,4122
			500	206,09	➔ 0,4122
02266539	<i>Sandoz Clarithromycin</i>	Sandoz	100	41,22	➔ 0,4122
02248804	<i>Teva Clarithromycin</i>	Teva Can	100	41,22	➔ 0,4122

Susp. Orale

125 mg/5 mL **PPB**

02146908	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	55 ml	15,77	0,2867
			105 ml	30,09	0,2866
02408988	<i>Clarithromycin</i>	Sanis	55 ml	11,26	➔ 0,2047
			105 ml	21,49	➔ 0,2047
02390442	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	55 ml	11,26	➔ 0,2047
			105 ml	21,49	➔ 0,2047

Susp. Orale

250 mg/5 mL **PPB**

02244641	<i>Biaxin</i>	BGP Pharma	105 ml	57,89	0,5513
02408996	<i>Clarithromycin</i>	Sanis	105 ml	41,98	➔ 0,3998
02390450	<i>Taro-Clarithromycin</i>	Taro	105 ml	41,98	➔ 0,3998

ÉRYTHROMYCINE

Caps. Ent.

250 mg

* 00607142	<i>Eryc</i>	Pfizer	100	22,11	R
------------	-------------	--------	-----	-------	----------

Co. Ent.

250 mg

00682020	<i>Erythro-Base</i>	AA Pharma	100	18,65	0,1865
----------	---------------------	-----------	-----	-------	--------

Co. Ent.

500 mg

00893862	<i>Erybid</i>	Amdipharm	250	208,43	0,8337
----------	---------------	-----------	-----	--------	--------

ÉRYTHROMYCINE (ÉTHYLSUCCINATE D')

Susp. Orale

200 mg/5 mL

00605859	<i>Novo-Rythro Éthylsuccinate</i>	Novopharm	100 ml	6,69	0,0669
			150 ml	10,03	0,0669

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			400 mg/5 mL		
00652318	<i>Novo-Rythro Éthylsuccinate</i>	Novopharm	100 ml 150 ml	10,13 15,20	0,1013 0,1013

SPIRAMYCINE

Caps.			250 mg		
01927825	<i>Rovamycine</i>	Odan	50	73,65	1,4730

Caps.			500 mg		
01927817	<i>Rovamycine</i>	Odan	50	143,99	2,8798

8:12.16

PÉNICILLINES

AMOXICILLINE

Caps.			250 mg PPB		
02352710	<i>Amoxicillin</i>	Sanis	100 1000	6,72 67,20	➔ 0,0672 ➔ 0,0672
00628115	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100 1000	6,72 67,20	➔ 0,0672 ➔ 0,0672
02388073	<i>Auro-Amoxicillin</i>	Aurobindo	100 500	6,72 33,60	➔ 0,0672 ➔ 0,0672
02433060	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100 1000	6,72 67,20	➔ 0,0672 ➔ 0,0672
00406724	<i>Novamoxin</i>	Novopharm	100 1000	6,72 67,20	➔ 0,0672 ➔ 0,0672
02230243	<i>pms-Amoxicillin</i>	Phmscience	500	33,60	➔ 0,0672

Caps.			500 mg PPB		
02477726	<i>AG-Amoxicillin</i>	Angita	100 500	13,08 65,40	➔ 0,1308 ➔ 0,1308
02352729	<i>Amoxicillin</i>	Sanis	100 500	13,08 65,40	➔ 0,1308 ➔ 0,1308
02401509	<i>Amoxicillin</i>	Sivem	100 500	13,08 65,40	➔ 0,1308 ➔ 0,1308
00628123	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100 500	13,08 65,40	➔ 0,1308 ➔ 0,1308
02388081	<i>Auro-Amoxicillin</i>	Aurobindo	100 500	13,08 65,40	➔ 0,1308 ➔ 0,1308
02433079	<i>Jamp-Amoxicillin</i>	Jamp	100 500	13,08 65,40	➔ 0,1308 ➔ 0,1308
00406716	<i>Novamoxin</i>	Novopharm	100 500	13,08 65,40	➔ 0,1308 ➔ 0,1308
02230244	<i>pms-Amoxicillin</i>	Phmscience	500	65,40	➔ 0,1308
00644315	<i>Pro-Amox-500</i>	Pro Doc	500	65,40	➔ 0,1308

Co. Croq.			125 mg		
02036347	<i>Novamoxin</i>	Novopharm	100	41,67	0,4167

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Croq.			250 mg		
02036355	<i>Teva-Amoxicillin</i>	Teva Can	100	61,38	0,6138

Susp. Orale			125 mg/5 mL PPB		
00628131	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100 ml	3,52	➔ 0,0352
			150 ml	5,28	➔ 0,0352
02230879	<i>Apo-Amoxi sans sucrose</i>	Apotex	100 ml	3,52	➔ 0,0352
			150 ml	5,28	➔ 0,0352
01934171	<i>Novamoxin</i>	Teva Can	100 ml	3,52	➔ 0,0352
			150 ml	5,28	➔ 0,0352
00452149	<i>Novamoxin 125</i>	Novopharm	100 ml	3,52	➔ 0,0352
			150 ml	5,28	➔ 0,0352
02230245	<i>pms-Amoxicillin</i>	Phmscience	100 ml	3,52	➔ 0,0352
			150 ml	5,28	➔ 0,0352

Susp. Orale			250 mg/5 mL PPB		
02352753	<i>Amoxicillin</i>	Sanis	75 ml	4,05	➔ 0,0540
			100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
02352788	<i>Amoxicillin</i>	Sanis	100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
02401541	<i>Amoxicillin</i>	Sivem	100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
00628158	<i>Apo-Amoxi</i>	Apotex	100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
02230880	<i>Apo-Amoxi sans sucrose</i>	Apotex	100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
01934163	<i>Novamoxin</i>	Teva Can	100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
00452130	<i>Novamoxin 250</i>	Novopharm	75 ml	4,05	➔ 0,0540
			100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
02230246	<i>pms-Amoxicillin</i>	Phmscience	100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540
00644331	<i>Pro-Amox-250</i>	Pro Doc	100 ml	5,40	➔ 0,0540
			150 ml	8,10	➔ 0,0540

AMOXICILLINE/ CLAVULANATE DE POTASSIUM

Co.			250 mg -125 mg		
02243350	<i>Apo-Amoxi Clav</i>	Apotex	100	93,75	0,9375

Co.			500 mg -125 mg PPB		
02243351	<i>Apo-Amoxi Clav</i>	Apotex	100	66,73	➔ 0,6673
01916858	<i>Clavulin-500 F</i>	GSK	20	27,56	1,3780
02243771	<i>ratio-Aclavulanate</i>	Ratiopharm	20	13,35	➔ 0,6673
02482576	<i>Sandoz Amoxi-Clav</i>	Sandoz	100	66,73	➔ 0,6673

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			875 mg -125 mg PPB		
02245623	<i>Apo-Amoxi Clav</i>	Apotex	100	55,50 ➡	0,5550
02238829	<i>Clavulin-875</i>	GSK	20	41,34	2,0670
02482584	<i>Sandoz Amoxi-Clav</i>	Sandoz	100	55,50 ➡	0,5550
Susp. Orale			125 mg -31,25 mg/5 mL		
01916882	<i>Clavulin-125 F</i>	GSK	100 ml	9,50	0,0950
Susp. Orale			200 mg -28,5 mg/5 mL		
02238831	<i>Clavulin-200</i>	GSK	70 ml	9,39	0,1341
Susp. Orale			250 mg -62,5 mg/5 mL		
01916874	<i>Clavulin-250 F</i>	GSK	100 ml	18,72	0,1872
Susp. Orale			400 mg - 57 mg/5mL		
02238830	<i>Clavulin-400</i>	GSK	70 ml	17,95	0,2564
AMPICILLINE 					
Caps.			250 mg		
00020877	<i>Novo-Ampicillin</i>	Novopharm	100	30,71	0,3071
Caps.			500 mg		
00020885	<i>Novo-Ampicillin</i>	Novopharm	100	59,55	0,5955
AMPICILLINE SODIQUE 					
Pd. Inj.			1 g PPB		
02227002	<i>Ampicilline pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 3,60	
01933345	<i>Ampicilline Sodique</i>	Novopharm	1	➡ 3,60	
02462338	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	Aurobindo	10	➡ 36,00	➡ 3,6000
Pd. Inj.			2 g PPB		
02226995	<i>Ampicillin pour Injection</i>	Fresenius	1	➡ 7,20	
01933353	<i>Ampicilline Sodique</i>	Novopharm	1	➡ 7,20	
02462346	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	Aurobindo	10	➡ 72,00	➡ 7,2000
Pd. Inj.			250 mg PPB		
02227029	<i>Ampicilline pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 2,05	
00872644	<i>Ampicilline Sodique</i>	Novopharm	1	➡ 2,05	
02462303	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	Aurobindo	10	➡ 20,50	➡ 2,0500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.			500 mg PPB		
02227010	<i>Ampicilline pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 2,15	
00872652	<i>Ampicilline Sodique</i>	Novopharm	1	➡ 2,15	
02462311	<i>Ampicilline sodique pour injection</i>	Aurobindo	10	21,50 ➡	2,1500

CLOXACILLINE SODIQUE

Caps.			250 mg		
00337765	<i>Teva-Cloxin</i>	Teva Can	100	23,79	0,2379

Caps.			500 mg		
00337773	<i>Teva-Cloxin</i>	Teva Can	100	44,94	0,4494

Pd. Inj.			2 g PPB		
02367424	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	10	73,10 ➡	7,3100
01912410	<i>Cloxacilline Sodique</i>	Novopharm	1	➡ 7,31	

Pd. Inj.			10 g		
02400081	<i>Cloxacilline pour injection</i>	Sterimax	1	36,55	

Pd. Inj.			500 mg PPB		
02367408	<i>Cloxacillin</i>	Sterimax	10	45,60 ➡	4,5600
01912429	<i>Cloxacilline Sodique</i>	Novopharm	1	➡ 4,56	

Susp. Orale			125 mg/5 mL		
00337757	<i>Teva-Cloxacillin Solution</i>	Teva Can	100 ml	6,06	0,0606

PÉNICILLINE G (BENZATHINE)

Susp. Inj. I.M.			1 2000 000 UI / 2 mL		
02291924	<i>Bicillin L-A</i>	Pfizer	10	406,96	40,6960

PÉNICILLINE G SODIQUE

Pd. Inj.			1 000 000 U PPB		
01930672	<i>Pénicilline G</i>	Novopharm	1	➡ 2,40	
02220261	<i>Pénicilline G sodique pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 2,40	

Pd. Inj.			5 000 000 U PPB		
00883751	<i>Pénicilline G</i>	Novopharm	1	➡ 5,10	
02220288	<i>Pénicilline G sodique pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 5,10	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.			10 000 000 U PPB		
01930680	<i>Pénicilline G</i>	Novopharm	1	➡ 8,90	
02220296	<i>Pénicilline G sodique pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 8,90	

PHÉNOXYMÉTHYLPÉNICILLINE (BASE OU SEL POTASSIQUE) [R]

Co.			250 mg à 300 mg		
00642215	<i>Pen-VK</i>	AA Pharma	100	18,73	0,1873
			1000	187,30	0,1873

PIPÉRACILLINE SODIQUE/ TAZOBACTAM SODIQUE [R]

Pd. Perf. I.V.			2 g -0,25 g PPB		
02362619	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax	10	41,70	➡ 4,1700
02308444	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Apotex	1	➡ 4,17	
02299623	<i>Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 4,17	
02370158	<i>Piperacilline/Tazobactam</i>	Teva Can	10	41,70	➡ 4,1700
02401312	<i>Pipéracilline-Tazobactam pour injection</i>	Teligent	10	41,70	➡ 4,1700

Pd. Perf. I.V.			3 g -0,375 g PPB		
02362627	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax	10	62,59	➡ 6,2590
02308452	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Apotex	1	➡ 6,26	
02299631	<i>Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 6,26	
02370166	<i>Piperacilline/Tazobactam</i>	Teva Can	10	62,59	➡ 6,2590
02401320	<i>Pipéracilline-Tazobactam pour injection</i>	Teligent	10	62,59	➡ 6,2590

Pd. Perf. I.V.			4 g -0,5 g PPB		
02420430	<i>Jamp-PIP/TAZ</i>	Jamp	10	83,46	➡ 8,3458
02362635	<i>Pipéracilline et Tazobactam</i>	Sterimax	10	83,46	➡ 8,3458
02308460	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Apotex	1	➡ 8,35	
02299658	<i>Piperacilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 8,35	
02370174	<i>Piperacilline/Tazobactam</i>	Teva Can	10	83,46	➡ 8,3458
02401339	<i>Pipéracilline-Tazobactam pour injection</i>	Teligent	10	83,46	➡ 8,3458

Pd. Perf. I.V.			12 g - 1,5 g PPB		
02377748	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax	1	➡ 36,33	
02330547	<i>Pipéracilline sodique/ Tazobactam sodique</i>	Sandoz	1	➡ 36,33	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Perf. I.V.			36 g - 4,5 g		
02439131	<i>Pipéracilline et Tazobactam pour injection</i>	Sterimax	1	108,99	

8:12.18

QUINOLONES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

250 mg PPB

02247339	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	ActavisPhm	100	44,54	➔	0,4454
02229521	<i>Apo-Ciproflo</i>	Apotex	100	44,54	➔	0,4454
02381907	<i>Auro-Ciprofloxacin</i>	Aurobindo	100	44,54	➔	0,4454
			500	222,70	➔	0,4454
02353318	<i>Ciprofloxacin</i>	Sanis	100	44,54	➔	0,4454
02386119	<i>Ciprofloxacin</i>	Sivem	100	44,54	➔	0,4454
02380358	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	100	44,54	➔	0,4454
02379686	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	100	44,54	➔	0,4454
02423553	<i>Mint-Ciproflo</i>	Mint	100	44,54	➔	0,4454
02317427	<i>Mint-Ciprofloxacin</i>	Mint	100	44,54	➔	0,4454
02161737	<i>Novo-Ciprofloxacin</i>	Novopharm	100	44,54	➔	0,4454
02248437	<i>pms-Ciprofloxacin</i>	Phmscience	100	44,54	➔	0,4454
02317796	<i>Pro-Ciprofloxacin</i>	Pro Doc	100	44,54	➔	0,4454
02303728	<i>Ran-Ciproflo</i>	Ranbaxy	100	44,54	➔	0,4454
02246825	<i>ratio-Ciprofloxacin</i>	Ratiopharm	100	44,54	➔	0,4454
02251221	<i>Riva-Ciprofloxacin</i>	Riva	100	44,54	➔	0,4454
02248756	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	100	44,54	➔	0,4454
02379627	<i>Septa-Ciprofloxacin</i>	Septa	100	44,54	➔	0,4454
02266962	<i>Taro-Ciprofloxacin</i>	Taro	100	44,54	➔	0,4454
02426978	<i>VAN-Ciprofloxacin</i>	Vanc Phm	100	44,54	➔	0,4454

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			500 mg PPB		
02247340	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	ActavisPhm	100	50,25	➔ 0,5025
02476592	<i>AG-Ciprofloxacin</i>	Angita	100	50,25	➔ 0,5025
02229522	<i>Apo-Ciproflo</i>	Apotex	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02381923	<i>Auro-Ciprofloxacin</i>	Aurobindo	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02444887	<i>Bio-Ciprofloxacin</i>	Biomed	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02353326	<i>Ciprofloxacin</i>	Sanis	100	50,25	➔ 0,5025
02386127	<i>Ciprofloxacin</i>	Sivem	100	50,25	➔ 0,5025
02380366	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02379694	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	100	50,25	➔ 0,5025
02423561	<i>Mint-Ciproflo</i>	Mint	100	50,25	➔ 0,5025
02317435	<i>Mint-Ciprofloxacin</i>	Mint	100	50,25	➔ 0,5025
02161745	<i>Novo-Ciprofloxacin</i>	Novopharm	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02492008	<i>NRA-Ciprofloxacin</i>	Nora	100	50,25	➔ 0,5025
02248438	<i>pms-Ciprofloxacin</i>	Phmscience	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02445344	<i>Priva-Ciprofloxacin</i>	Pharmapar	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02317818	<i>Pro-Ciprofloxacin</i>	Pro Doc	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02303736	<i>Ran-Ciproflo</i>	Ranbaxy	100	50,25	➔ 0,5025
02246826	<i>ratio-Ciprofloxacin</i>	Ratiopharm	100	50,25	➔ 0,5025
02251248	<i>Riva-Ciprofloxacin</i>	Riva	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02248757	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	100	50,25	➔ 0,5025
02379635	<i>Septa-Ciprofloxacin</i>	Septa	100	50,25	➔ 0,5025
			500	251,25	➔ 0,5025
02266970	<i>Taro-Ciprofloxacin</i>	Taro	100	50,25	➔ 0,5025
02427001	<i>VAN-Ciprofloxacin</i>	Vanc Phm	100	50,25	➔ 0,5025

Co.			750 mg PPB		
02247341	<i>ACT Ciprofloxacin</i>	ActavisPhm	50	46,01	➔ 0,9201
02229523	<i>Apo-Ciproflo</i>	Apotex	100	92,01	➔ 0,9201
02381931	<i>Auro-Ciprofloxacin</i>	Aurobindo	50	46,01	➔ 0,9201
			100	92,01	➔ 0,9201
02380374	<i>Jamp-Ciprofloxacin</i>	Jamp	50	46,01	➔ 0,9201
02379708	<i>Mar-Ciprofloxacin</i>	Marcan	50	46,01	➔ 0,9201
02423588	<i>Mint-Ciproflo</i>	Mint	50	46,01	➔ 0,9201
02317443	<i>Mint-Ciprofloxacin</i>	Mint	100	92,01	➔ 0,9201
02161753	<i>Novo-Ciprofloxacin</i>	Novopharm	50	46,01	➔ 0,9201
02248439	<i>pms-Ciprofloxacin</i>	Phmscience	100	92,01	➔ 0,9201
02303744	<i>Ran-Ciproflo</i>	Ranbaxy	100	92,01	➔ 0,9201
02246827	<i>ratio-Ciprofloxacin</i>	Ratiopharm	50	46,01	➔ 0,9201
02251256	<i>Riva-Ciprofloxacin</i>	Riva	50	46,01	➔ 0,9201
02248758	<i>Sandoz Ciprofloxacin</i>	Sandoz	50	46,01	➔ 0,9201
02379643	<i>Septa-Ciprofloxacin</i>	Septa	50	46,01	➔ 0,9201
02427028	<i>VAN-Ciprofloxacin</i>	Vanc Phm	50	46,01	➔ 0,9201

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			500 mg PPB		
02247916	<i>Cipro XL</i>	Bayer	50	144,81	2,8962
02416433	<i>pms-Ciprofloxacin XL</i>	Phmscience	100	173,77 ➔	1,7377

Co. L.A.			1000 mg		
02251787	<i>Cipro XL</i>	Bayer	50	144,81	2,8962

Sol. Perf. I.V.			2 mg/mL		
02301903	<i>Ciprofloxacin Injection USP</i>	Pfizer	100 ml 200 ml	17,92 35,84	

Susp. Orale			500 mg/5 mL		
02237514	<i>Cipro</i>	Bayer	100 ml	53,23	0,5323

LÉVOFLOXACINE

Co.			250 mg PPB		
02315424	<i>ACT Levofloxacin</i>	Teva Can	50	60,19 ➔	1,2038
02284707	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	100	120,38 ➔	1,2038
02430592	<i>Auro-Levofloxacin</i>	Aurobindo	50	60,19 ➔	1,2038
			100	120,38 ➔	1,2038
02492725	<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	100	120,38 ➔	1,2038
02298635	<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	50	60,19 ➔	1,2038
02248262	<i>Teva-Levofloxacin</i>	Teva Can	100	120,38 ➔	1,2038

Co.			500 mg PPB		
02315432	<i>ACT Levofloxacin</i>	Teva Can	100	137,18 ➔	1,3718
02284715	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	100	137,18 ➔	1,3718
02430606	<i>Auro-Levofloxacin</i>	Aurobindo	50	68,59 ➔	1,3718
			100	137,18 ➔	1,3718
02415879	<i>Levofloxacin</i>	Pro Doc	100	137,18 ➔	1,3718
02492733	<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	100	137,18 ➔	1,3718
02298643	<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	100	137,18 ➔	1,3718
02248263	<i>Teva-Levofloxacin</i>	Teva Can	100	137,18 ➔	1,3718

Co.			750 mg PPB		
02315440	<i>ACT Levofloxacin</i>	Teva Can	50	242,39 ➔	4,8478
02325942	<i>Apo-Levofloxacin</i>	Apotex	100	484,78 ➔	4,8478
02430614	<i>Auro-Levofloxacin</i>	Aurobindo	50	242,39 ➔	4,8478
02492741	<i>Riva-Levofloxacin</i>	Riva	100	484,78 ➔	4,8478
02298651	<i>Sandoz Levofloxacin</i>	Sandoz	50	242,39 ➔	4,8478
02285649	<i>Teva-Levofloxacin</i>	Teva Can	100	484,78 ➔	4,8478

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MOXIFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.		400 mg PPB			
02478137	AG-Moxifloxacin	Angita	30	45,69 ➡	1,5230
02404923	Apo-Moxifloxacin	Apotex	30	45,69 ➡	1,5230
02432242	Auro-Moxifloxacin	Aurobindo	30	45,69 ➡	1,5230
			100	152,30 ➡	1,5230
02447266	Bio-Moxifloxacin	Biomed	30	45,69 ➡	1,5230
			100	152,30 ➡	1,5230
02443929	Jamp-Moxifloxacin	Jamp	30	45,69 ➡	1,5230
02447061	Jamp-Moxifloxacin Tablets	Jamp	100	152,30 ➡	1,5230
02447053	Mar-Moxifloxacin	Marcan	100	152,30 ➡	1,5230
02472791	M-Moxifloxacin	Mantra Ph.	100	152,30 ➡	1,5230
02462974	Moxifloxacin	Pro Doc	30	45,69 ➡	1,5230
02450976	Riva-Moxifloxacin	Riva	30	45,69 ➡	1,5230
02383381	Sandoz Moxifloxacin	Sandoz	30	45,69 ➡	1,5230
02375702	Teva-Moxifloxacin	Teva Can	30	45,69 ➡	1,5230

NORFLOXACINE 

Co.		400 mg			
02229524	Norfloxx	AA Pharma	100	109,33	1,0933

8:12.20

SULFAMIDÉS

SULFASALAZINE 

Co.		500 mg			
00598461	pms-Sulfasalazine	Phmscience	500	126,65	0,2533

Co. Ent.		500 mg			
00598488	pms-Sulfasalazine-E.C.	Phmscience	100	38,63	0,3863

TRIMÉTHOPRIME/ SULFAMÉTHOAZOLE 

Co.		20 mg -100 mg			
00445266	Sulfatrim-PED	AA Pharma	100	9,11	0,0911

Co.		80 mg -400 mg PPB			
00445274	Sulfatrim	AA Pharma	100	4,82 ➡	0,0482
00510637	Teva-Sulfamethoxazole/ Trimethoprim	Novopharm	100	4,82 ➡	0,0482

Co.		160 mg -800 mg PPB			
00510645	Novo-Trimel D.S.	Novopharm	100	12,21 ➡	0,1221
			500	61,05 ➡	0,1221
00445282	Sulfatrim-DS	AA Pharma	500	61,05 ➡	0,1221

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			40 mg -200 mg/5 mL		
00726540	Teva-Sulfamethoxazole	Teva Can	100 ml	9,68	0,0968
			400 ml	38,72	0,0968

8:12.24

TÉTRACYCLINES

DOXYCYCLINE (HYCLATE DE)

Caps. ou Co.

100 mg **PPB**

00740713	<i>Apo-Doxy</i>	Apotex	100	58,60	➔	0,5860
			250	146,50	➔	0,5860
00874256	<i>Apo-Doxy-Tabs</i>	Apotex	100	58,60	➔	0,5860
00817120	<i>Doxylin</i>	Riva	100	58,60	➔	0,5860
			300	175,80	➔	0,5860
00860751	<i>Doxylin (co.)</i>	Riva	100	58,60	➔	0,5860
			300	175,80	➔	0,5860
02351234	<i>Doxycycline (Caps.)</i>	Sanis	100	58,60	➔	0,5860
			200	117,20	➔	0,5860
02351242	<i>Doxycycline (Co.)</i>	Sanis	100	58,60	➔	0,5860
00887064	<i>Doxytab</i>	Pro Doc	100	58,60	➔	0,5860
00725250	<i>Novo-Doxilin</i>	Novopharm	100	58,60	➔	0,5860
			200	117,20	➔	0,5860
02158574	<i>Novo-Doxilin (Co.)</i>	Novopharm	100	58,60	➔	0,5860

MINOCYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

50 mg

02153394	<i>Minocycline-50</i>	Pro Doc	100	11,01		0,1101
----------	-----------------------	---------	-----	-------	--	--------

Caps.

100 mg

02154366	<i>Minocycline-100</i>	Pro Doc	100	21,25		0,2125
----------	------------------------	---------	-----	-------	--	--------

TÉTRACYCLINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

250 mg

00580929	<i>Tetracycline</i>	AA Pharma	100	6,70		0,0670
			1000	67,00		0,0670

8:12.28

AUTRES ANTIBACTÉRIENS

BACITRACINE

Pd. Inj./Top.

50 000 U

00030708	<i>Bacitracine</i>	Pfizer	1	9,10		
----------	--------------------	--------	---	------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CLINDAMYCINE (CHLORHYDRATE DE) 

			150 mg PPB		
Caps.					
02485109	AG-Clindamycin	Angita	100	22,17	➔ 0,2217
02245232	Apo-Clindamycine	Apotex	100	22,17	➔ 0,2217
02436906	Auro-Clindamycin	Aurobindo	100	22,17	➔ 0,2217
02400529	Clindamycin	Sanis	100	22,17	➔ 0,2217
00030570	Dalacin C	Pfizer	100	85,97	0,8597
02483734	Jamp-Clindamycin	Jamp	100	22,17	➔ 0,2217
02479923	M-Clindamycin	Mantra Ph.	100	22,17	➔ 0,2217
02493748	NRA-Clindamycin	Nora	100	22,17	➔ 0,2217
02468476	Riva-Clindamycin	Riva	100	22,17	➔ 0,2217
02241709	Teva-Clindamycin	Teva Can	100	22,17	➔ 0,2217

			300 mg PPB		
Caps.					
02485117	AG-Clindamycin	Angita	100	44,34	➔ 0,4434
02245233	Apo-Clindamycine	Apotex	100	44,34	➔ 0,4434
02436914	Auro-Clindamycin	Aurobindo	100	44,34	➔ 0,4434
02400537	Clindamycin	Sanis	100	44,34	➔ 0,4434
02182866	Dalacin C	Pfizer	100	172,71	1,7271
02483742	Jamp-Clindamycin	Jamp	100	44,34	➔ 0,4434
02479931	M-Clindamycin	Mantra Ph.	100	44,34	➔ 0,4434
02241710	Novo-Clindamycin	Novopharm	100	44,34	➔ 0,4434
02493756	NRA-Clindamycin	Nora	100	44,34	➔ 0,4434
02468484	Riva-Clindamycin	Riva	100	44,34	➔ 0,4434

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 

			150 mg/mL PPB		
Sol. Inj.					
02230540	Clindamycine Injection	Sandoz	2 ml	➔ 6,50	
			4 ml	➔ 13,00	
			6 ml	➔ 18,50	
00260436	Dalacin C	Pfizer	2 ml	6,88	
			4 ml	13,76	
			6 ml	18,75	

CLINDAMYCINE PALMITATE (CHLORHYDRATE DE) 

			75 mg/5 mL		
Susp. Orale					
00225851	Dalacin C	Pfizer	100 ml	31,52	0,3152

COLISTIMÉTHATE SODIQUE 

			150 mg PPB		
Pd. Inj.					
02244849	Colistimethate	Sterimax	1	➔ 30,42	
02403544	Colistiméthate pour injection, USP	Fresenius	1	➔ 30,42	
00476420	Coly-Mycin M Parentéral	Erfa	1	➔ 30,42	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉRYTHROMYCINE (ÉTHYLSUCCINATE D')/ ACÉTYLSULFISOXAZOLE 

Susp. Orale

200 mg -600 mg/5 mL

00583405	<i>Pédiazole</i>	Amdipharm	105 ml 150 ml	11,35 16,21	0,1081 0,1081
----------	------------------	-----------	------------------	----------------	------------------

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

125 mg **PPB**

02377470	<i>Chlorhydrate de Vancomycine</i>	Fresenius	20	103,60 ➔	5,1800
02406497	<i>Gélules de chlorhydrate de vancomycine</i>	Strides	20	103,60 ➔	5,1800
02407744	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	20	103,60 ➔	5,1800
00800430	<i>Vancocin</i>	Search Phm	20	103,60 ➔	5,1800

Caps.

250 mg **PPB**

02377489	<i>Chlorhydrate de Vancomycine</i>	Fresenius	20	207,20 ➔	10,3600
02406500	<i>Gélules de chlorhydrate de vancomycine</i>	Strides	20	207,20 ➔	10,3600
02407752	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	20	207,20 ➔	10,3600
00788716	<i>Vancocin</i>	Search Phm	20	207,20 ➔	10,3600

Pd. Perf. I.V.

1 g **PPB**

02230192	<i>Chlorhydrate de Vancomycine</i>	Pfizer	10	589,90 ➔	58,9900
02139383	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Fresenius	10	589,90 ➔	58,9900
02435721	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	GMP	1	➔ 58,99	
02502607	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Jamp	10	589,90 ➔	58,9900
02396386	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Sterimax	10	589,90 ➔	58,9900
02394634	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP</i>	Sandoz	10	589,90 ➔	58,9900
02420309	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	10	589,90 ➔	58,9900
02342863	<i>Vancomycin pour injection USP</i>	Sterimax	10	589,90 ➔	58,9900

Pd. Perf. I.V.

5 g **PPB**

02139243	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Fresenius	1	➔ 294,95	
02405822	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Sterimax	1	➔ 294,95	
02420317	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	1	➔ 294,95	
02394642	<i>Vancomycine</i>	Sandoz	1	➔ 294,95	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Perf. I.V.			10 g PPB		
02241807	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 589,90	
02420325	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	1	➡ 589,90	
02411040	<i>Vancomycin Hydrochloride</i>	Sterimax	1	➡ 589,90	
02407949	<i>Vancomycin Hydrochloride for Injection, USP</i>	Mylan	1	➡ 589,90	
02405830	<i>Vancomycin pour injection USP</i>	Sterimax	1	➡ 589,90	

Pd. Perf. I.V.			500 mg PPB		
02230191	<i>Chlorhydrate de Vancomycine</i>	Pfizer	10	310,50 ➡	31,0500
02139375	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Fresenius	10	310,50 ➡	31,0500
02435713	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	GMP	1	➡ 31,05	
			10	310,50 ➡	31,0500
02502593	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Jamp	10	310,50 ➡	31,0500
02411032	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection</i>	Sterimax	10	310,50 ➡	31,0500
02394626	<i>Chlorhydrate de Vancomycine pour injection USP</i>	Sandoz	10	310,50 ➡	31,0500
02420295	<i>Jamp-Vancomycin</i>	Jamp	10	310,50 ➡	31,0500
02342855	<i>Vancomycin pour injection USP</i>	Sterimax	10	310,50 ➡	31,0500

8:14.04

ALLYLAMINES

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

			250 mg PPB		
02254727	<i>ACT Terbinafine</i>	ActavisPhm	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02239893	<i>Apo-Terbinafine</i>	Apotex	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02320134	<i>Auro-Terbinafine</i>	Aurobindo	28	21,60 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02357070	<i>Jamp-Terbinafine</i>	Jamp	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02031116	<i>Lamisil</i>	Novartis	28	102,27	3,6525
02240346	<i>Novo-Terbinafine</i>	Novopharm	28	21,60 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02294273	<i>pms-Terbinafine</i>	Phmscience	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02262924	<i>Riva-Terbinafine</i>	Riva	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02353121	<i>Terbinafine</i>	Sanis	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02385279	<i>Terbinafine</i>	Sivem	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714
02242735	<i>Terbinafine-250</i>	Pro Doc	30	23,14 ➡	0,7714
			100	77,14 ➡	0,7714

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

8:14.08

AZOLES

FLUCONAZOLE

Caps.

150 mg **PPB**

02241895	<i>Apo-Fluconazole-150</i>	Apotex	1	➡	3,93
02462168	<i>Bio-Fluconazole</i>	Biomed	1	➡	3,93
02432471	<i>Jamp-Fluconazole</i>	Jamp	1	➡	3,93
02428792	<i>Mar-Fluconazole-150</i>	Marcan	1	➡	3,93
+ 02433702	<i>Priva-Fluconazole</i>	Pharmapar	1	➡	3,93
02255510	<i>Riva-Fluconazole</i>	Riva	1	➡	3,93

FLUCONAZOLE

Co.

50 mg **PPB**

02281260	<i>ACT Fluconazole</i>	ActavisPhm	50		64,52	➡	1,2904
02237370	<i>Apo-Fluconazole</i>	Apotex	50		64,52	➡	1,2904
02245292	<i>Mylan-Fluconazole</i>	Mylan	50		64,52	➡	1,2904
02236978	<i>Novo-Fluconazole</i>	Novopharm	100		129,04	➡	1,2904
02245643	<i>pms-Fluconazole</i>	Phmscience	50		64,52	➡	1,2904

Co.

100 mg **PPB**

02281279	<i>ACT Fluconazole</i>	ActavisPhm	50		114,45	➡	2,2890
02237371	<i>Apo-Fluconazole</i>	Apotex	50		114,45	➡	2,2890
02245293	<i>Mylan-Fluconazole</i>	Mylan	50		114,45	➡	2,2890
02236979	<i>Novo-Fluconazole</i>	Novopharm	50		114,45	➡	2,2890
02245644	<i>pms-Fluconazole</i>	Phmscience	50		114,45	➡	2,2890
02310686	<i>Pro-Fluconazole</i>	Pro Doc	50		114,45	➡	2,2890

Sol. Perf. I.V.

2 mg/mL **PPB**

00891835	<i>Diffucan</i>	Pfizer	100 ml		37,56		
02388448	<i>Fluconazole</i>	Sandoz	100 ml	➡	26,87		

ITRACONAZOLE

Caps.

100 mg **PPB**

02462559	<i>Mint-Itraconazole</i>	Mint	30		112,27	➡	3,7423
02047454	<i>Sporanox</i>	Janss. Inc	28		106,21	➡	3,7932
			30		113,80		3,7933

Sol. Orale

10 mg/mL **PPB**

02484315	<i>Jamp Itraconazole</i>	Jamp	150		61,67	➡	0,4111
02495988	<i>Odan Itraconazole</i>	Odan	150 ml		61,67	➡	0,4111
02231347	<i>Sporanox</i>	Janss. Inc	150 ml		115,28		0,7685

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

KÉTOCONAZOLE

Co.				200 mg PPB	
02237235	<i>Apo-Ketoconazole</i>	Apotex	100	93,93 ➡	0,9393
02231061	<i>Novo-Ketoconazole</i>	Novopharm	100	93,93 ➡	0,9393

8:14.28

POLYÈNES

NYSTATINE

Susp. Orale				100 000 U/mL PPB	
02433443	<i>Jamp-Nystatin</i>	Jamp	100 ml	5,18 ➡	0,0518
			500 ml	25,90 ➡	0,0518
00792667	<i>pms-Nystatin</i>	Phmscience	100 ml	5,18 ➡	0,0518
			500 ml	25,90 ➡	0,0518
02194201	<i>ratio-Nystatin</i>	Ratiopharm	24 ml	1,24 ➡	0,0518
			48 ml	2,49 ➡	0,0518
			100 ml	5,18 ➡	0,0518

8:16.04

ANTITUBERCULEUX

ÉTHAMBUTOL (CHLORHYDRATE D')

Co.				100 mg	
00247960	<i>Etibi</i>	Valeant	100	11,00	0,1100

Co.				400 mg	
00247979	<i>Etibi</i>	Valeant	100	30,00	0,3000

ISONIAZIDE

Co.				100 mg	
00577790	<i>pdp-Isoniazid</i>	Pendopharm	100	84,79	0,8479

Co.				300 mg	
00577804	<i>pdp-Isoniazid</i>	Pendopharm	100	79,92	0,7992

Sir.				50 mg/5 mL	
00577812	<i>pdp-Isoniazid</i>	Pendopharm	500 ml	133,65	0,2673

PYRAZINAMIDE

Co.				500 mg	
00618810	<i>PDP-Pyrazinamide</i>	Pendopharm	100	131,63	1,3163

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RIFABUTINE 

			Caps. 150 mg		
02063786	<i>Mycobutin</i>	Pfizer	100	493,69	4,9369

RIFAMPINE 

			Caps. 150 mg PPB		
02091887	<i>Rifadin</i>	SanofiAven	100	60,38	➔ 0,6038
00393444	<i>Rofact 150</i>	Valeant	100	60,38	➔ 0,6038

			Caps. 300 mg PPB		
02092808	<i>Rifadin</i>	SanofiAven	100	95,03	➔ 0,9503
00343617	<i>Rofact 300</i>	Valeant	100	95,03	➔ 0,9503

8:16.92

DIVERS ANTIMYCOBACTÉRIENS

DAPSONE 

			Co. 100 mg PPB		
02041510	<i>Dapsone</i>	Jacobus	100	140,61	1,4061
02481227	<i>Mar-Dapsone</i>	Marcan	100	70,31	➔ 0,7031
02489058	<i>Riva-Dapsone</i>	Riva	100	70,31	➔ 0,7031

8:18.04

ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D') 

			Caps. 100 mg		
01990403	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	100	52,52	0,5252

			Sir. 50 mg/5 mL		
02022826	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	500 ml	54,90	0,1098

8:18.08

ANTIRÉTROVIRAUX

ABACAVIR (SULFATE D') 

			Co. 300 mg PPB		
02396769	<i>Apo-Abacavir</i>	Apotex	60	208,97	➔ 3,4828
02480956	<i>Mint-Abacavir</i>	Mint	60	208,97	➔ 3,4828
02240357	<i>Ziagen</i>	ViiV	60	396,38	6,6063

			Sol. Orale 20 mg/mL		
02240358	<i>Ziagen</i>	ViiV	240 ml	103,26	0,4303

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ABACAVIR (SULFATE D') / LAMIVUDINE / ZIDOVUDINE

Co.

300 mg - 150 mg - 300 mg **PPB**

02416255	<i>Apo-Abacavir-Lamivudine-Zidovudine</i>	Apotex	60	818,55	➔	13,6425
02244757	<i>Trizivir</i>	ViiV	60	998,88		16,6480

ABACAVIR (SULFATE D')/LAMIVUDINE

Co.

600 mg - 300 mg **PPB**

02399539	<i>Apo-Abacavir-Lamivudine</i>	Apotex	30	179,62	➔	5,9873
02454513	<i>Auro-Abacavir/Lamivudine</i>	Aurobindo	30	179,62	➔	5,9873
			60	359,24	➔	5,9873
02497654	<i>Jamp Abacavir/Lamivudine</i>	Jamp	30	179,62	➔	5,9873
02269341	<i>Kivexa</i>	ViiV	30	661,99		22,0663
02450682	<i>Mylan-Abacavir/Lamivudine</i>	Mylan	30	179,62	➔	5,9873
02458381	<i>pms-Abacavir-Lamivudine</i>	Phmscience	30	179,62	➔	5,9873
02416662	<i>Teva-Abacavir/Lamivudine</i>	Teva Can	30	179,62	➔	5,9873

ATAZANAVIR (SULFATE D')

Caps.

150 mg **PPB**

02456877	<i>Mylan-Atazanavir</i>	Mylan	60	340,62	➔	5,6770
02248610	<i>Reyataz</i>	B.M.S.	60	648,00		10,8000
02443791	<i>Teva-Atazanavir</i>	Teva Can	60	340,62	➔	5,6770

Caps.

200 mg **PPB**

02456885	<i>Mylan-Atazanavir</i>	Mylan	60	342,62	➔	5,7103
02248611	<i>Reyataz</i>	B.M.S.	60	651,87		10,8645
02443813	<i>Teva-Atazanavir</i>	Teva Can	60	342,62	➔	5,7103

Caps.

300 mg **PPB**

02456893	<i>Mylan-Atazanavir</i>	Mylan	30	336,49	➔	11,2163
02294176	<i>Reyataz</i>	B.M.S.	30	648,01		21,6003
02443821	<i>Teva-Atazanavir</i>	Teva Can	60	672,98	➔	11,2163

BICTÉGRAVIR SODIQUE/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE)

Co.

50 mg -200 mg -25 mg

02478579	<i>Biktarvy</i>	Gilead	30	1176,68		39,2227
----------	-----------------	--------	----	---------	--	---------

DARUNAVIR

Co.

75 mg

02338432	<i>Prezista</i>	Janss. Inc	480	854,88		1,7810
----------	-----------------	------------	-----	--------	--	--------

Co.

150 mg

02369753	<i>Prezista</i>	Janss. Inc	240	854,88		3,5620
----------	-----------------	------------	-----	--------	--	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			800 mg PPB		
02487268	<i>Apo-Darunavir</i>	Apotex	30	293,08	9,7693
02486148	<i>Auro-Darunavir</i>	Aurobindo	30	293,08	9,7693
02393050	<i>Prezista</i>	Janss. Inc	30	586,15	19,5383

DELAVIRDINE (MÉSYLATE DE)

Co.			100 mg		
02238348	<i>Rescriptor</i>	ViiV	360	258,40	0,7178

DIDANOSINE

Caps. Ent.			125 mg		
02244596	<i>Videx EC</i>	B.M.S.	30	102,69	3,4230

Caps. Ent.			200 mg		
02244597	<i>Videx EC</i>	B.M.S.	30	164,30	5,4767

Caps. Ent.			250 mg		
02244598	<i>Videx EC</i>	B.M.S.	30	205,37	6,8457

Caps. Ent.			400 mg		
02244599	<i>Videx EC</i>	B.M.S.	30	329,25	10,9750

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE

Co.			50 mg		
02414945	<i>Tivicay</i>	ViiV	30	555,00	18,5000

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/ ABACAVIR (SULFATE D')/ LAMIVUDINE

Co.			50 mg - 600 mg - 300 mg		
02430932	<i>Triumeq</i>	ViiV	30	1216,99	40,5663

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/LAMIVUDINE

Co.			50 mg-300 mg		
02491753	<i>Dovato</i>	ViiV	30	913,20	30,4400

DOLUTÉGRAVIR SODIQUE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			50 mg -25 mg		
02475774	<i>Juluca</i>	ViiV	30	1046,10	34,8700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DORAVIRINE 

Co.			100 mg		
02481545	<i>Pifeltro</i>	Merck	30	499,50	16,6500

DORAVIRINE/LAMIVUDINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 

Co.			100 mg -300 mg -300 mg		
02482592	<i>Delstrigo</i>	Merck	30	863,70	28,7900

ÉFAVIRENZ 

Caps.			50 mg		
02239886	<i>Sustiva</i>	B.M.S.	30	35,41	1,1803

Caps.			200 mg		
02239888	<i>Sustiva</i>	B.M.S.	90	424,92	4,7213

Co.			600 mg PPB		
02418428	<i>Auro-Efavirenz</i>	Aurobindo	30	114,09	➔ 3,8030
			500	1901,50	➔ 3,8030
02458233	<i>Jamp-Efavirenz</i>	Jamp	30	114,09	➔ 3,8030
02381524	<i>Mylan-Efavirenz</i>	Mylan	30	114,09	➔ 3,8030
02246045	<i>Sustiva</i>	B.M.S.	30	424,92	14,1640
02389762	<i>Teva-Efavirenz</i>	Teva Can	30	114,09	➔ 3,8030

ÉFAVIRENZ/ EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) 

Co.			600 mg - 200 mg - 300 mg PPB		
02468247	<i>Apo-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	Apotex	30	339,90	➔ 11,3300
02300699	<i>Atripla</i>	Gilead	30	1165,41	38,8470
02478404	<i>Auro-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	Aurobindo	30	339,90	➔ 11,3300
02461412	<i>Mylan-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate</i>	Mylan	30	339,90	➔ 11,3300
02487284	<i>pms-Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	Phmscience	30	339,90	➔ 11,3300
02484676	<i>Sandoz Efavirenz- Emtricitabine-Tenofovir</i>	Sandoz	30	339,90	➔ 11,3300
02393549	<i>Teva-Efavirenz/ Emtricitabine/Tenofovir</i>	Teva Can	30	339,90	➔ 11,3300

ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) 

Co.			150 mg -150 mg -200 mg -10 mg		
02449498	<i>Genvoya</i>	Gilead	30	1314,01	43,8003

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ELVITÉGRAVIR/COBICISTAT/EMTRICITABINE/TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) [R]

Co. 150 mg -150 mg -200 mg -300 mg					
02397137	<i>Stribild</i>	Gilead	30	1320,00	44,0000

EMTRICITABINE/ RILPIVIRINE / TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) [R]

Co. 200 mg - 25 mg - 300 mg					
02374129	<i>Complera</i>	Gilead	30	1176,68	39,2227

EMTRICITABINE/ TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE) [R]

Co. 200mg- 300mg PPB					
02496356	<i>AG-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil</i>	Angita	30	219,11	➔ 7,3035
02452006	<i>Apo-Emtricitabine-Tenofovir</i>	Apotex	30	219,11	➔ 7,3035
02487012	<i>Jamp Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil Fumarate</i>	Jamp	30	219,11	➔ 7,3035
02443902	<i>Mylan-Emtricitabine/Tenofovir Disoproxil</i>	Mylan	30	219,11	➔ 7,3035
02461110	<i>pms-Emtricitabine-Tenofovir</i>	Phmscience	30	219,11	➔ 7,3035
02487853	<i>Sandoz Emtricitabine-Tenofovir</i>	Sandoz	30	219,11	➔ 7,3035
02399059	<i>Teva-Emtricitabine/Tenofovir</i>	Teva Can	30	219,11	➔ 7,3035
02274906	<i>Truvada</i>	Gilead	30	783,06	26,1020

EMTRICITABINE/RILPIVIRINE (CHLORHYDRATE DE)/TÉNOFOVIR ALAFÉNAMIDE (HÉMIFUMARATE DE) [R]

Co. 200 mg - 25 mg - 25 mg					
02461463	<i>Odefsey</i>	Gilead	30	1176,68	39,2227

FOSAMPRENAVIR CALCIQUE [R]

Co. 700 mg					
02261545	<i>Telzir</i>	ViiV	60	471,52	7,8587

Susp. Orale

50 mg/mL					
02261553	<i>Telzir</i>	ViiV	225 ml	129,27	0,5745

LAMIVUDINE [R]

Co. 100 mg PPB					
02393239	<i>Apo-Lamivudine HBV</i>	Apotex	100	353,16	➔ 3,5316
02239193	<i>Heptovir</i>	GSK	60	273,50	➔ 4,5583

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			150 mg PPB		
02192683	3TC	ViiV	60	279,05	4,6508
02369052	<i>Apo-Lamivudine</i>	Apotex	60	217,61	➔ 3,6269
+ 02507110	<i>Jamp Lamivudine</i>	Jamp	60	217,61	➔ 3,6269

Co.			300 mg PPB		
02247825	3TC	ViiV	30	279,05	9,3017
02369060	<i>Apo-Lamivudine</i>	Apotex	30	217,61	➔ 7,2538
+ 02507129	<i>Jamp Lamivudine</i>	Jamp	30	217,61	➔ 7,2538

Sol. Orale			10 mg/mL		
02192691	3TC	ViiV	240 ml	72,93	0,3039

LAMIVUDINE/ ZIDOVUDINE

Co.			150 mg -300mg PPB		
02375540	<i>Apo-Lamivudine-Zidovudine</i>	Apotex	100	261,03	➔ 2,6103
02414414	<i>Auro-Lamivudine/ Zidovudine</i>	Aurobindo	60	156,62	➔ 2,6103
			500	1305,15	➔ 2,6103
02239213	<i>Combivir</i>	ViiV	60	156,62	➔ 2,6103
02502801	<i>Jamp Lamivudine/ Zidovudine</i>	Jamp	60	156,62	➔ 2,6103
02387247	<i>Teva Lamivudine/ Zidovudine</i>	Teva Can	60	156,62	➔ 2,6103

LOPINAVIR/ RITONAVIR

Co.			100 mg -25 mg		
02312301	<i>Kaletra</i>	AbbVie	60	157,34	2,6223

Co.			200 mg -50 mg		
02285533	<i>Kaletra</i>	AbbVie	120	644,19	5,3683

Sol. Orale			80 mg - 20 mg/mL		
02243644	<i>Kaletra</i>	AbbVie	160 ml	345,28	2,1580

NELFINAVIR (MÉSYLATE DE)

Co.			250 mg		
02238617	<i>Viracept</i>	ViiV	300	546,00	1,8200

Co.			625 mg		
02248761	<i>Viracept</i>	ViiV	120	546,00	4,5500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

NÉVIRAPINE 

Co.		200 mg PPB			
02318601	<i>Auro-Nevirapine</i>	Aurobindo	60	74,08	➔ 1,2346
02405776	<i>Jamp-Névirapine</i>	Jamp	60	74,08	➔ 1,2346
02387727	<i>Mylan-Nevirapine</i>	Mylan	60	74,08	➔ 1,2346
02238748	<i>Viramune</i>	Bo. Ing.	60	294,90	4,9150

Co. L.A.		400 mg			
02367289	<i>Viramune XR</i>	Bo. Ing.	30	74,08	2,4693

RALTÉGRAVIR 

Co.		400 mg			
02301881	<i>Isentress</i>	Merck	60	690,00	11,5000

Co.		600 mg			
02465337	<i>Isentress HD</i>	Merck	60	690,00	11,5000

RILPIVIRINE 

Co.		25 mg			
02370603	<i>Edurant</i>	Janss. Inc	30	413,91	13,7970

RITONAVIR 

Co.		100 mg			
02357593	<i>Norvir</i>	AbbVie	30	43,68	1,4560

Sol. Orale		80 mg/mL			
02229145	<i>Norvir</i>	AbbVie	240 ml	279,51	1,1646

STAVUDINE 

Caps.		15 mg			
02216086	<i>Zerit</i>	B.M.S.	60	250,40	4,1733

Caps.		20 mg			
02216094	<i>Zerit</i>	B.M.S.	60	260,35	4,3392

Caps.		30 mg			
02216108	<i>Zerit</i>	B.M.S.	60	271,61	4,5268

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				40 mg	
02216116	Zerit	B.M.S.	60	281,54	4,6923

TÉNOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE DE)

Co.				300 mg PPB	
02451980	<i>Apo-Tenofovir</i>	Apotex	30	146,65	➔ 4,8883
02460173	<i>Auro-Tenofovir</i>	Aurobindo	30	146,65	➔ 4,8883
02479087	<i>Jamp-Tenofovir</i>	Jamp	30	146,65	➔ 4,8883
02452634	<i>Mylan-Tenofovir Disoproxil</i>	Mylan	30	146,65	➔ 4,8883
02472511	<i>NAT-Tenofovir</i>	Natco	30	146,65	➔ 4,8883
			500	2444,20	➔ 4,8884
02453940	<i>pms-Tenofovir</i>	Phmscience	30	146,65	➔ 4,8883
02403889	<i>Teva-Tenofovir</i>	Teva Can	30	146,65	➔ 4,8883
02247128	<i>Viread</i>	Gilead	30	518,67	17,2890

ZIDOVUDINE

Caps.				100 mg PPB	
01946323	<i>Apo-Zidovudine</i>	Apotex	100	139,77	➔ 1,3977
01902660	<i>Retrovir</i>	ViiV	100	175,55	➔ 1,7555

Sir.				10 mg/mL	
01902652	<i>Retrovir</i>	ViiV	240 ml	44,94	0,1873

Sol. Inj.				10 mg/mL	
01902644	<i>Retrovir</i>	ViiV	20 ml	16,70	

8:18.20

INTERFÉRONS

INTERFÉRON ALFA-2B

Pd. Inj. S.C.				10 millions UI	
02223406	<i>Intron A</i>	Merck	1 ml	123,35	

INTERFÉRON ALFA-2B (SANS ALBUMINE HUMAINE)

Sol. Inj.				6 M UI/mL	
02238674	<i>Intron A (sans albumine)</i>	Merck	3 ml	214,47	

Sol. Inj.				10 millions UI/mL	
02238675	<i>Intron A (sans albumine)</i>	Merck	2,5 ml	297,87	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

8:18.28

INHIBITEURS DE LA NEURAMINIDASE

OSELTAMIVIR (PHOSPHATE D')

Caps.

30 mg **PPB**

02497409	<i>Jamp Osetamivir</i>	Jamp	10	5,24	➔	0,5243
02497352	<i>Mar-Osetamivir</i>	Marcan	10	5,24	➔	0,5243
02497441	<i>Mint-Osetamivir</i>	Mint	10	5,24	➔	0,5243
02472635	<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	10	5,24	➔	0,5243
02504006	<i>Osetamivir Phosphate Capsules</i>	Strides	10	5,24	➔	0,5243
02304848	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	19,50		1,9500

Caps.

45 mg **PPB**

02497360	<i>Mar-Osetamivir</i>	Marcan	10	8,07	➔	0,8068
02472643	<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	10	8,07	➔	0,8068
02504014	<i>Osetamivir Phosphate Capsules</i>	Strides	10	8,07	➔	0,8068
02304856	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	30,00		3,0000

Caps.

75 mg **PPB**

02497425	<i>Jamp Osetamivir</i>	Jamp	10	10,39	➔	1,0393
02497379	<i>Mar-Osetamivir</i>	Marcan	10	10,39	➔	1,0393
02497476	<i>Mint-Osetamivir</i>	Mint	10	10,39	➔	1,0393
02457989	<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	10	10,39	➔	1,0393
02504022	<i>Osetamivir Phosphate Capsules</i>	Strides	10	10,39	➔	1,0393
02241472	<i>Tamiflu</i>	Roche	10	39,00		3,9000

Susp. Orale

6 mg/mL **PPB**

02499894	<i>NAT-Osetamivir</i>	Natco	65 ml	18,27	➔	0,2811
02381842	<i>Tamiflu</i>	Roche	65 ml	19,50		0,3000

ZANAMIVIR

Pd. pour inh. (App.)

5 mg/coque (4)

02240863	<i>Relenza</i>	GSK	5	36,54		
----------	----------------	-----	---	-------	--	--

8:18.32

ANALOGUES DES NUCLÉOSIDES ET DES NUCLÉOTIDES

ACYCLOVIR

Co.

200 mg **PPB**

02207621	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	100	63,97	➔	0,6397
02242784	<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	100	63,97	➔	0,6397
02285959	<i>Novo-Acyclovir</i>	Novopharm	100	63,97	➔	0,6397
02078627	<i>ratio-Acyclovir</i>	Ratiopharm	100	63,97	➔	0,6397
			500	319,85	➔	0,6397

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			400 mg PPB		
02207648	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	100	127,00 ➡	1,2700
02242463	<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	100	127,00 ➡	1,2700
02285967	<i>Novo-Acyclovir</i>	Novopharm	100	127,00 ➡	1,2700
02078635	<i>ratio-Acyclovir</i>	Ratiopharm	100	127,00 ➡	1,2700

Co.			800 mg PPB		
02207656	<i>Apo-Acyclovir</i>	Apotex	100	126,73 ➡	1,2673
02242464	<i>Mylan-Acyclovir</i>	Mylan	100	126,73 ➡	1,2673
02285975	<i>Novo-Acyclovir</i>	Novopharm	100	126,73 ➡	1,2673
02078651	<i>ratio-Acyclovir</i>	Ratiopharm	100	126,73 ➡	1,2673

Susp. Orale			200 mg/5 mL		
00886157	<i>Zovirax</i>	GSK	475 ml	117,56	0,2475

ACYCLOVIR SODIQUE

Sol. Perf. I.V.			25 mg/mL		
02236916	<i>Acyclovir</i>	Pfizer	20 ml	58,41	

Sol. Perf. I.V.			50 mg/mL (10 mL) PPB		
02236926	<i>Acyclovir Sodique</i>	Fresenius	10	857,80 ➡	85,7800
02456524	<i>Acyclovir sodique injectable</i>	Sterimax	10	857,80 ➡	85,7800
02494558	<i>Acyclovir Sodium Injection</i>	Aurobindo	10	857,80 ➡	85,7800

Sol. Perf. I.V.			50 mg/mL (20 mL) PPB		
99106493	<i>Acyclovir Sodique</i>	Fresenius	10	1715,70 ➡	171,5700
99106293	<i>Acyclovir sodique injectable</i>	Sterimax	10	1715,70 ➡	171,5700
99113861	<i>Acyclovir Sodium Injection</i>	Aurobindo	10	1715,70 ➡	171,5700

ENTÉCAVIR

Co.			0,5 mg PPB		
02396955	<i>Apo-Entecavir</i>	Apotex	30	165,00 ➡	5,5000
02448777	<i>Auro-Entecavir</i>	Aurobindo	30	165,00 ➡	5,5000
			100	550,00 ➡	5,5000
02282224	<i>Baraclude</i>	B.M.S.	30	660,00	22,0000
02453797	<i>Entecavir Tablets</i>	Strides	30	165,00 ➡	5,5000
02467232	<i>Jamp-Entecavir</i>	Jamp	30	165,00 ➡	5,5000
02485907	<i>Mint-Entecavir</i>	Mint	30	165,00 ➡	5,5000
02430576	<i>pms-Entecavir</i>	Phmscience	30	165,00 ➡	5,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

FAMCICLOVIR 

Co.		125 mg PPB			
02305682	<i>ACT Famciclovir</i>	ActavisPhm	10	5,56	➔ 0,5564
02292025	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	16,69	➔ 0,5564
02229110	<i>Famvir</i>	Atnahs	10	27,15	2,7150
02278081	<i>pms-Famciclovir</i>	Phmscience	10	5,56	➔ 0,5564
02278634	<i>Sandoz Famciclovir</i>	Sandoz	10	5,56	➔ 0,5564

Co.		250 mg PPB			
02305690	<i>ACT Famciclovir</i>	ActavisPhm	30	22,62	➔ 0,7541
02292041	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	22,62	➔ 0,7541
02229129	<i>Famvir</i>	Atnahs	30	112,10	3,7367
02278103	<i>pms-Famciclovir</i>	Phmscience	30	22,62	➔ 0,7541
			100	75,41	➔ 0,7541
02278642	<i>Sandoz Famciclovir</i>	Sandoz	30	22,62	➔ 0,7541
			100	75,41	➔ 0,7541

Co.		500 mg PPB			
02305704	<i>ACT Famciclovir</i>	ActavisPhm	21	28,22	➔ 1,3436
			100	134,36	➔ 1,3436
02292068	<i>Apo-Famciclovir</i>	Apotex	30	40,31	➔ 1,3436
02177102	<i>Famvir</i>	Atnahs	21	139,38	6,6371
02278111	<i>pms-Famciclovir</i>	Phmscience	21	28,22	➔ 1,3436
			100	134,36	➔ 1,3436
02278650	<i>Sandoz Famciclovir</i>	Sandoz	21	28,22	➔ 1,3436
			100	134,36	➔ 1,3436

GANCICLOVIR SODIQUE 

Pd. Perf. I.V.		500 mg			
02162695	<i>Cytovene</i>	Roche	5	210,19	42,0380

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VALACYCLOVIR (CHLORHYDRATE DE) [R]

Co.		500 mg PPB			
02500582	AG-Valacyclovir	Angita	100	61,98	➔ 0,6198
02295822	Apo-Valacyclovir	Apotex	30	18,59	➔ 0,6198
			100	61,98	➔ 0,6198
02405040	Auro-Valacyclovir	Aurobindo	30	18,59	➔ 0,6198
			100	61,98	➔ 0,6198
02331748	Co Valacyclovir	Cobalt	100	61,98	➔ 0,6198
02440598	Jamp Valacyclovir	Jamp	100	61,98	➔ 0,6198
02441454	Jamp-Valacyclovir	Jamp	100	61,98	➔ 0,6198
02441586	Mar-Valacyclovir	Marcan	100	61,98	➔ 0,6198
02351579	Mylan-Valacyclovir	Mylan	100	61,98	➔ 0,6198
02298457	pms-Valacyclovir	Phmscience	100	61,98	➔ 0,6198
02315173	Pro-Valacyclovir	Pro Doc	100	61,98	➔ 0,6198
02316447	Riva-Valacyclovir	Riva	100	61,98	➔ 0,6198
02347091	Sandoz Valacyclovir	Sandoz	90	55,78	➔ 0,6198
02357534	Teva-Valacyclovir	Teva Can	42	26,03	➔ 0,6198
			100	61,98	➔ 0,6198
02454645	Valacyclovir	Sanis	100	61,98	➔ 0,6198
02442000	Valacyclovir	Sivem	100	61,98	➔ 0,6198
02219492	Valtrex	GSK	30	93,56	➔ 3,1187

8:30.04

AMOEBICIDES

PAROMOMYCINE (SULFATE DE) [R]

Caps.		250 mg			
02078759	Humatin	Erfa	100	236,74	➔ 2,3674

8:30.08

ANTIPALUDÉENS

ATOVAQUONE/ PROGUANIL (CHLORHYDRATE DE) [R]

Co.		62,5 mg - 25 mg			
02264935	Malarone pédiatrique	GSK	12	17,77	➔ 1,4808

Co.		250 mg - 100 mg PPB			
02466783	Atovaquone et chlorhydrate de proguanil	Glenmark	12	27,98	➔ 2,3315
			100	233,15	➔ 2,3315
02421429	Atovaquone Proguanil	Sanis	12	27,98	➔ 2,3315
02238151	Malarone	GSK	12	51,81	➔ 4,3175
02402165	Mylan-Atovaquone/ Proguanil	Mylan	100	233,15	➔ 2,3315
02380927	Teva Atovaquone Proguanil	Teva Can	12	27,98	➔ 2,3315

CHLOROQUINE (PHOSPHATE DE) [R]

Co.		250 mg			
00021261	Novo-Chloroquine	Novopharm	100	32,08	➔ 0,3208

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

HYDROXYCHLOROQUINE (SULFATE D')

Co.		200 mg PPB			
02246691	<i>Apo-Hydroxyquine</i>	Apotex	100	15,76	➔ 0,1576
02491427	<i>Jamp Hydroxychloroquine</i>	Jamp	100	15,76	➔ 0,1576
02424991	<i>Mint-Hydroxychloroquine</i>	Mint	100	15,76	➔ 0,1576
			500	78,80	➔ 0,1576
+ 02511886	<i>NRA-Hydroxychloroquine</i>	Nora	100	15,76	➔ 0,1576
02017709	<i>Plaquenil</i>	SanofiAven	100	56,62	0,5662

MÉFLOQUINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.		250 mg			
02244366	<i>Mefloquine</i>	AA Pharma	8	29,56	3,6950

PRIMAQUINE (PHOSPHATE DE)

Co.		26,3 mg			
02017776	<i>Primaquine</i>	SanofiAven	100	36,44	0,3644

QUININE (SULFATE DE)

Caps.		200 mg PPB			
02254514	<i>Apo-Quinine</i>	Apotex	100	23,90	➔ 0,2390
02445190	<i>Jamp-Quinine</i>	Jamp	100	23,90	➔ 0,2390
			500	119,50	➔ 0,2390
00021008	<i>Novo-Quinine</i>	Novopharm	100	23,90	➔ 0,2390
			500	119,50	➔ 0,2390
02311216	<i>Pro-Quinine-200</i>	Pro Doc	100	23,90	➔ 0,2390
00695440	<i>Quinine-Odan (Caps.)</i>	Odan	100	23,90	➔ 0,2390
			500	119,50	➔ 0,2390

Caps. ou Co.		300 mg PPB			
02254522	<i>Apo-Quinine (Caps.)</i>	Apotex	100	37,50	➔ 0,3750
02445204	<i>Jamp-Quinine (Caps.)</i>	Jamp	100	37,50	➔ 0,3750
			500	187,50	➔ 0,3750
00021016	<i>Novo-Quinine (Caps.)</i>	Novopharm	100	37,50	➔ 0,3750
			500	187,50	➔ 0,3750
02311224	<i>Pro-Quinine-300 (Caps.)</i>	Pro Doc	100	37,50	➔ 0,3750
00695459	<i>Quinine-Odan (Caps.)</i>	Odan	100	37,50	➔ 0,3750
			500	187,50	➔ 0,3750

8:30.92

DIVERS ANTIPROTOZAIRES

ATOVAQUONE

Susp. Orale		150 mg/mL			
02217422	<i>Mepron</i>	GSK	210 ml	504,15	2,4007

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MÉTRONIDAZOLE 

Co.			250 mg		
00545066	Métronidazole	AA Pharma	500	31,40	0,0628

Sol. Perf. I.V.			5 mg/mL		
00649074	Métronidazole	Pfizer	100 ml	14,58	

8:36

ANTI-INFECTIEUX URINAIRES

FOSFOMYCINE (TROMÉTHAMINE DE) 

Pd. Orale			3 g PPB		
02473801	Jamp-Fosfomycin	Jamp	1	11,70	
02240335	Monurol sachet	Paladin	1	13,00	

NITROFURANTOÏNE 

Co.			50 mg		
00319511	Nitrofurantoin	AA Pharma	100	16,70	0,1670

Co.			100 mg		
00312738	Nitrofurantoin	AA Pharma	100	22,27	0,2227

NITROFURANTOÏNE (MACROCRISTAUX) 

Caps.			50 mg		
02231015	Teva-Nitrofuratoïn	Teva Can	100	32,52	0,3252

Caps.			100 mg		
02231016	Teva-Nitrofuratoïn	Teva Can	100	61,10	0,6110

NITROFURANTOÏNE (MONOHYDRATE DE) (MACROCRISTAUX) 

Caps.			100 mg PPB		
02063662	MacroBid	Warner	100	59,74	0,5974
02455676	pms-Nitrofurantoin	Phmscience	100	59,74	0,5974

TRIMÉTHOPRIME 

Co.			100 mg		
02243116	Trimethoprim	AA Pharma	100	26,17	0,2617

Co.			200 mg		
02243117	Trimethoprim	AA Pharma	100	52,73	0,5273

10:00
ANTINÉOPLASIQUES

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

10:00

ANTINÉOPLASIQUES

ANASTROZOLE 

Co.

1 mg **PPB**

02394898	ACT Anastrozole	ActavisPhm	30	28,57	➔	0,9522
02351218	Anastrozole	Accord	30	28,57	➔	0,9522
02395649	Anastrozole	Pro Doc	30	28,57	➔	0,9522
02442736	Anastrozole	Sanis	30	28,57	➔	0,9522
02374420	Apo-Anastrozole	Apotex	30	28,57	➔	0,9522
			100	95,22	➔	0,9522
02224135	Arimidex	AZC	30	152,75		5,0917
02404990	Auro-Anastrozole	Aurobindo	30	28,57	➔	0,9522
02392488	Bio-Anastrozole	Biomed	30	28,57	➔	0,9522
			100	95,22	➔	0,9522
02458799	CCP-Anastrozole	Cellchem	30	28,57	➔	0,9522
			100	95,22	➔	0,9522
02339080	Jamp-Anastrozole	Jamp	30	28,57	➔	0,9522
			100	95,22	➔	0,9522
02379562	Mar-Anastrozole	Marcan	30	28,57	➔	0,9522
			100	95,22	➔	0,9522
02379104	Med-Anastrozole	GMP	30	28,57	➔	0,9522
02393573	Mint-Anastrozole	Mint	30	28,57	➔	0,9522
02417855	Nat-Anastrozole	Natco	30	28,57	➔	0,9522
			100	95,22	➔	0,9522
02320738	pms-Anastrozole	Phmscience	30	28,57	➔	0,9522
02328690	Ran-Anastrozole	Ranbaxy	100	95,22	➔	0,9522
02392259	Riva-Anastrozole	Riva	30	28,57	➔	0,9522
02338467	Sandoz Anastrozole	Sandoz	30	28,57	➔	0,9522
02365650	Taro-Anastrozole	Taro	30	28,57	➔	0,9522
02427818	VAN-Anastrozole	Vanc Phm	100	95,22	➔	0,9522
02326035	Zinda-Anastrozole	Zinda	30	28,57	➔	0,9522

BICALUTAMIDE 

Co.

50 mg **PPB**

02296063	Apo-Bicalutamide	Apotex	30	38,07	➔	1,2690
02325985	Bicalutamide	Accord	30	38,07	➔	1,2690
			100	126,90	➔	1,2690
02382423	Bicalutamide	Sivem	30	38,07	➔	1,2690
			100	126,90	➔	1,2690
02184478	Casodex	AZC	30	200,70		6,6900
02274337	Co Bicalutamide	Cobalt	30	38,07	➔	1,2690
02357216	Jamp-Bicalutamide	Jamp	30	38,07	➔	1,2690
02270226	Novo-Bicalutamide	Novopharm	30	38,07	➔	1,2690
			100	126,90	➔	1,2690
02275589	pms-Bicalutamide	Phmscience	30	38,07	➔	1,2690
			100	126,90	➔	1,2690
02311038	Pro-Bicalutamide-50	Pro Doc	30	38,07	➔	1,2690
02277700	ratio-Bicalutamide	Ratiopharm	30	38,07	➔	1,2690
02428709	VAN-Bicalutamide	Vanc Phm	100	126,90	➔	1,2690

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

BUSERELINE (ACÉTATE DE) [R]

Implant				6,3 mg	
02228955	Suprefact Dépôt	Cheplaphar	1	733,47	

Implant				9,45 mg	
02240749	Suprefact Dépôt 3 mois	Cheplaphar	1	1083,76	

Sol. Inj. S.C.				1 mg/mL	
02225166	Suprefact	Cheplaphar	5,5 ml	51,76	

Vap. nasal				1 mg/mL	
02225158	Suprefact	Cheplaphar	10 ml	69,35	

BUSULFAN [R]

Co.				2 mg	
00004618	Myleran	Aspen	25	35,32	1,4128

CAPÉCITABINE [R]

Co.				150 mg	PPB	
02426757	ACH-Capecitabine	Accord	60	27,45	➔	0,4575
02434504	Apo-Capecitabine	Apotex	60	27,45	➔	0,4575
02421917	Sandoz Capecitabine	Sandoz	60	27,45	➔	0,4575
02457490	Taro-Capecitabine	Taro	60	27,45	➔	0,4575
02400022	Teva-Capecitabine	Teva Can	60	27,45	➔	0,4575
02238453	Xeloda	Roche	60	109,80		1,8300

Co.				500 mg	PPB	
02426765	ACH-Capecitabine	Accord	120	183,00	➔	1,5250
02434512	Apo-Capecitabine	Apotex	120	183,00	➔	1,5250
02421925	Sandoz Capecitabine	Sandoz	120	183,00	➔	1,5250
02457504	Taro-Capecitabine	Taro	120	183,00	➔	1,5250
02238454	Xeloda	Roche	120	732,00		6,1000

CHLORAMBUCIL [R]

Co.				2 mg	
00004626	Leukeran	Aspen	25	33,30	1,3320

CYCLOPHOSPHAMIDE [R]

Co.				25 mg	
02241795	Procytox	Baxter	200	70,40	0,3520

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			50 mg		
02241796	<i>Procytox</i>	Baxter	100	47,40	0,4740

ESTRAMUSTINE (PHOSPHATE DISODIQUE D') 

Caps.			140 mg		
02063794	<i>Emcyt</i>	Pfizer	100	306,44	3,0644

ÉTOPOSIDE 

Caps.			50 mg		
00616192	<i>Vepesid</i>	Cheplaphar	20	656,42	32,8210

EXÉMESTANE 

Co.			25 mg PPB		
02390183	<i>ACT Exemestane</i>	ActavisPhm	30	38,84	➔ 1,2947
02419726	<i>Apo-Exemestane</i>	Apotex	30	38,84	➔ 1,2947
02242705	<i>Aromasin</i>	Pfizer	30	155,35	5,1783
02407841	<i>Med-Exemestane</i>	GMP	30	38,84	➔ 1,2947
02408473	<i>Teva-Exemestane</i>	Teva Can	30	38,84	➔ 1,2947

FLUDARABINE (PHOSPHATE DE) 

Co.			10 mg		
02246226	<i>Fludara</i>	SanofiAven	15	574,98	38,3320
			20	766,63	38,3315

GOSÉRÉLINE (ACÉTATE DE) 

Implant			3,6 mg		
02049325	<i>Zoladex</i>	TerSera	1	390,50	

Implant			10,8 mg		
02225905	<i>Zoladex LA</i>	TerSera	1	1113,00	

HYDROXYURÉE 

Caps.			500 mg PPB		
02247937	<i>Apo-Hydroxyurea</i>	Apotex	100	102,03	➔ 1,0203
00465283	<i>Hydréa</i>	B.M.S.	100	102,03	➔ 1,0203
02242920	<i>Mylan-Hydroxyurea</i>	Mylan	100	102,03	➔ 1,0203

INTERFÉRON ALFA-2B 

Pd. Inj. S.C.			10 millions UI		
02223406	<i>Intron A</i>	Merck	1 ml	123,35	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

INTERFÉRON ALFA-2B (SANS ALBUMINE HUMAINE) 

Sol. Inj.			6 M UI/mL		
02238674	<i>Intron A (sans albumine)</i>	Merck	3 ml	214,47	

Sol. Inj.			10 millions UI/mL		
02238675	<i>Intron A (sans albumine)</i>	Merck	2,5 ml	297,87	

LÉTROZOLE 

Co.		2,5 mg PPB			
02358514	<i>Apo-Letrozole</i>	Apotex	30	41,34	➔ 1,3780
02404400	<i>Auro-Letrozole</i>	Aurobindo	30	41,34	➔ 1,3780
02392496	<i>Bio-Letrozole</i>	Biomed	30	41,34	➔ 1,3780
			100	137,80	➔ 1,3780
02459884	<i>CCP-Letrozole</i>	Cellchem	30	41,34	➔ 1,3780
02231384	<i>Femara</i>	Novartis	30	163,96	5,4653
02373009	<i>Jamp-Letrozole</i>	Jamp	30	41,34	➔ 1,3780
			100	137,80	➔ 1,3780
02338459	<i>Letrozole</i>	Accord	30	41,34	➔ 1,3780
02348969	<i>Letrozole</i>	ActavisPhm	30	41,34	➔ 1,3780
02402025	<i>Letrozole</i>	Pro Doc	30	41,34	➔ 1,3780
02347997	<i>Letrozole</i>	Teva Can	30	41,34	➔ 1,3780
02373424	<i>Mar-Letrozole</i>	Marcan	30	41,34	➔ 1,3780
02322315	<i>Med-Letrozole</i>	GMP	30	41,34	➔ 1,3780
02421585	<i>Nat-Letrozole</i>	Natco	30	41,34	➔ 1,3780
			100	137,80	➔ 1,3780
02309114	<i>pms-Letrozole</i>	Phmscience	30	41,34	➔ 1,3780
02372282	<i>Ran-Letrozole</i>	Ranbaxy	100	137,80	➔ 1,3780
02398656	<i>Riva-Letrozole</i>	Riva	30	41,34	➔ 1,3780
02344815	<i>Sandoz Letrozole</i>	Sandoz	30	41,34	➔ 1,3780
02343657	<i>Teva-Letrozole</i>	Teva Can	30	41,34	➔ 1,3780
02428156	<i>VAN-Letrozole</i>	Vanc Phm	100	137,80	➔ 1,3780
02378213	<i>Zinda-Letrozole</i>	Zinda	30	41,34	➔ 1,3780

LEUPROLIDE (ACÉTATE DE) 

Trousse			3,75 mg		
00884502	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1	336,23	

Trousse			5 mg/mL		
00727695	<i>Lupron</i>	AbbVie	14	189,41	

Trousse			7,5 mg		
02248239	<i>Eligard</i>	SanofiAven	1	310,72	
00836273	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1	387,97	

Trousse			11,25 mg		
02239834	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1	1008,68	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Trousse				22,5 mg	
02248240	<i>Eligard</i>	SanofiAven	1	891,00	
02230248	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1	1071,00	

Trousse				30 mg	
02248999	<i>Eligard</i>	SanofiAven	1	1285,20	
02239833	<i>Lupron Depot</i>	AbbVie	1	1428,00	

Trousse				45 mg	
02268892	<i>Eligard</i>	SanofiAven	1	1450,00	

MÉGESTROL (ACÉTATE DE) 

Co.				40 mg	
02195917	<i>Megestrol</i>	AA Pharma	100	133,40	1,3340

MELPHALAN 

Co.				2 mg	
00004715	<i>Alkeran</i>	Aspen	50	74,18	1,4836

MERCAPTOPURINE 

Co.				50 mg PPB	
02415275	<i>Mercaptopurine</i>	Sterimax	25	71,53	➔ 2,8610
00004723	<i>Purinethol</i>	Novopharm	25	71,53	➔ 2,8610

MÉTHOTREXATE 

Co.				2,5 mg PPB	
02182963	<i>Apo-Methotrexate</i>	Apotex	100	63,25	➔ 0,6325
* 02170698	<i>pms-Methotrexate</i>	Phmscience	30	18,98	➔ 0,6325
			100	63,25	➔ 0,6325
02244798	<i>ratio-Methotrexate</i>	Ratiopharm	100	63,25	➔ 0,6325

Co.				10 mg	
02182750	<i>Méthotrexate</i>	Pfizer	100	270,67	2,7067

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			25 mg/mL PPB		
* 02419173	<i>Jamp-Methotrexate</i>	Jamp	2 ml	➡	6,24
* 02398427	<i>Méthotrexate</i>	Sandoz	2 ml	➡	6,24
			20 ml	➡	62,40
02464365	<i>Méthotrexate Injectable</i>	Accord	2 ml		8,92
* 02417626	<i>Méthotrexate Injectable, USP</i>	Mylan	2 ml	➡	6,24
* 02182777	<i>Méthotrexate Sodique</i>	Pfizer	2 ml	➡	6,24
			20 ml	➡	62,40
02182955	<i>Méthotrexate Sodique sans préservatif</i>	Pfizer	2 ml		11,25
Sol. Inj. (ser)			7,5 mg/0,3 mL		
02422166	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1		5,60
Sol. Inj. (ser)			7,5 mg/0,75 mL		
02320029	<i>Metobject</i>	Medexus	1		28,08
Sol. Inj. (ser)			10 mg/0,4 mL		
02422174	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1		7,00
Sol. Inj. (ser)			10 mg/mL		
02320037	<i>Metobject</i>	Medexus	1		29,64
Sol. Inj. (ser)			15 mg/0,6 ml		
02422182	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1		8,40
Sol. Inj. (ser)			15 mg/1,5 mL		
02320045	<i>Metobject</i>	Medexus	1		32,76
Sol. Inj. (ser)			20 mg/0,8 ml		
02422190	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1		11,20
Sol. Inj. (ser)			25 mg/mL		
02422204	<i>Méthotrexate pour Injection BP</i>	Phmscience	1		12,20
Sol. Inj. S.C. (ser)			10 mg/0,2 mL		
02454831	<i>Metobject Sous-Cutané</i>	Medexus	1		29,64

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)			12,5 mg/0,25 mL		
02454750	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	31,20	
Sol. Inj. S.C. (ser)			15 mg/0,3 mL PPB		
02491311	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡ 24,57	
02454858	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡ 24,57	
Sol. Inj. S.C. (ser)			17,5 mg/0,35 mL PPB		
02491338	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡ 24,00	
02454769	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡ 24,00	
Sol. Inj. S.C. (ser)			20 mg/0,4 mL PPB		
02491346	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡ 26,25	
02454866	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡ 26,25	
Sol. Inj. S.C. (ser)			22,5 mg/0,45 mL PPB		
02491354	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡ 26,25	
02454777	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡ 26,25	
Sol. Inj. S.C. (ser)			25 mg/0,5 mL PPB		
02491362	<i>Méthotrexate Sous-Cutané</i>	Accord	1	➡ 29,25	
02454874	<i>Metoject Sous-Cutané</i>	Medexus	1	➡ 29,25	
NILUTAMIDE 					
Co.			50 mg		
02221861	<i>Anandron</i>	Cheplaphar	90	165,31	1,8368
PROCARBAZINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Caps.			50 mg		
00012750	<i>Matulane</i>	Sigma-Tau	100		UE
TAMOXIFÈNE (CITRATE DE) 					
Co.			10 mg PPB		
00812404	<i>Apo-Tamox</i>	Apotex	100	17,50	➡ 0,1750
00851965	<i>Novo-Tamoxifen</i>	Novopharm	100	17,50	➡ 0,1750
Co.			20 mg PPB		
00812390	<i>Apo-Tamox</i>	Apotex	100	35,00	➡ 0,3500
02048485	<i>Nolvadex-D</i>	AZC	30	11,05	0,3683
00851973	<i>Novo-Tamoxifen</i>	Novopharm	30	10,50	➡ 0,3500
			100	35,00	➡ 0,3500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

THIOGUANINE 

Co.

00282081	<i>Lanvis</i>	Aspen	25	102,93	4,1172
----------	---------------	-------	----	--------	--------

TRÉTINOÏNE 

Caps.

02145839	<i>Vesanoid</i>	Cheplaphar	100	1638,63	16,3863
----------	-----------------	------------	-----	---------	---------

TRIPTORÉLINE (PAMOATE DE) 

Trousse

02240000	<i>Trelstar</i>	Knight	1	304,43	3,75 mg
----------	-----------------	--------	---	--------	---------

Trousse

02243856	<i>Trelstar LA</i>	Knight	1	932,12	11,25 mg
----------	--------------------	--------	---	--------	----------

Trousse

02412322	<i>Trelstar</i>	Knight	1	1650,00	22,5 mg
----------	-----------------	--------	---	---------	---------

12:00
MÉDICAMENTS S.N.A.

12:04 **parasympathomimétiques**

12:08 **anticholinergiques**

12:08.08 antimuscariniques / antispasmodiques

12:12 **sympathomimétiques**

12:12.04 agonistes alpha-adrénergiques

12:12.08 agonistes bêta-adrénergiques

12:12.12 agonistes alpha et bêta adrénergiques

12:16 **sympatholytiques**

12:16.04 bloquants alpha-adrénergiques

12:20 **myorelaxants**

12:20.04 myorelaxants à action centrale

12:20.08 myorelaxants à action directe

12:20.12 myorelaxants dérivés du GABA

12:20.92 divers myorelaxants

12:92 **médicaments S.N.A. divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:04

PARASYMPATHOMIMÉTIQUES

BÉTHANÉCHOL (CHLORURE DE)

Co.

				10 mg	
01947958	Duvoid	Paladin	100	25,98	0,2598

Co.

				25 mg	
01947931	Duvoid	Paladin	100	42,07	0,4207

Co.

				50 mg	
01947923	Duvoid	Paladin	100	55,26	0,5526

NÉOSTIGMINE (BROMURE DE)

Co.

				15 mg	
00869945	Prostigmin	Valeant	100	43,70	0,4370

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

				5 mg	PPB	
02496119	Accel-Pilocarpine	Accel	100	94,79	➔	0,9479
02216345	Salagen	Amdipharm	100	94,79	➔	0,9479

PYRIDOSTIGMINE (BROMURE DE)

Co.

				60 mg	PPB	
00869961	Mestinon	Valeant	100	42,95		0,4295
02495643	Riva-Pyridostigmine	Riva	100	40,09	➔	0,4009

Co. L.A.

				180 mg		
00869953	Mestinon Supraspan	Valeant	30	28,19		0,9397

12:08.08

ANTIMUSCARINIQUES / ANTISPASMODIQUES

ACLIDIINIUM (BROMURE D')

Pd. pour inh. (App.)

				400 mcg	
02409720	Tudorza Genuair	AZC	60	53,10	

GLYCOPYRROLATE

Sol. Inj.

				0,2 mg/mL	PPB	
02382857	Glycopyrrolate injection	Oméga	1 ml	➔		3,98
			2 ml	➔		7,95
02039508	Glycopyrrolate injection	Sandoz	2 ml	➔		7,95
02382849	Glycopyrrolate Injection Multidose	Oméga	20 ml	➔		62,25

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 

Pd. pour inh. (App.)

50 mcg/caps.

02394936	<i>Seebri Breezhaler</i>	Novartis	30	53,10	
----------	--------------------------	----------	----	-------	--

HYOSCINE (BUTYLBROMURE D')

Sol. Inj.

20 mg/mL

02229868	<i>Butylbromure d'hyoscine</i>	Sandoz	1 ml	4,52	
----------	--------------------------------	--------	------	------	--

IPRATROPIUM (BROMURE D') 

Aéro. oral

0,02 mg/dose

02247686	<i>Atrovent HFA</i>	Bo. Ing.	200 dose(s)	18,92	
----------	---------------------	----------	-------------	-------	--

Sol. pour Inh.

0,125 mg/mL (2 mL)

02231135	<i>pms-Ipratropium Polynebs</i>	Phmscience	20	13,18	0,6590
----------	---------------------------------	------------	----	-------	--------

Sol. pour Inh.

0,25 mg/mL **PPB**

02126222	<i>Apo-Ipravent</i>	Apotex	20 ml	➡	6,31
02210479	<i>Novo-Ipramide</i>	Novopharm	20 ml	➡	6,31
02231136	<i>pms-Ipratropium</i>	Phmscience	20 ml	➡	6,31

Sol. pour Inh.

0,25 mg/mL (1 mL) **PPB**

02231244	<i>pms-Ipratropium Polynebs</i>	Phmscience	20	13,18	➡	0,6590
99001446	<i>ratio-Ipratropium UDV</i>	Ratiopharm	20	13,18	➡	0,6590
02216221	<i>Teva-Ipratropium Sterinebs</i>	Teva Can	20	13,18	➡	0,6590

Sol. pour Inh.

0,25 mg/mL (2 mL) **PPB**

02231245	<i>pms-Ipratropium Polynebs</i>	Phmscience	10	13,18	➡	1,3180
99002795	<i>Teva-Ipratropium Sterinebs</i>	Teva Can	10	13,18	➡	1,3180

Vap. nasal

0,03 %

02239627	<i>pms-Ipratropium</i>	Phmscience	30 ml	22,70	
----------	------------------------	------------	-------	-------	--

IPRATROPIUM (BROMURE D')/ SALBUTAMOL (SULFATE DE) 

Sol. pour Inh.

0,2 mg -1 mg/mL (2,5 mL) **PPB**

02483394	<i>Bromure d'ipratropium et salbutamol</i>	Juno	20	14,68	➡	0,7340
02231675	<i>Combivent UDV</i>	Bo. Ing.	20	30,15		1,5075
02272695	<i>Teva-Combo Sterinebs</i>	Teva Can	20	14,68	➡	0,7340

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SCOPOLAMINE (BROMHYDRATE DE)

Sol. Inj.			0,4 mg/mL		
02242810	<i>Scopolamine Hydrobromide Injection</i>	Oméga	1	5,55	

Sol. Inj.			0,6 mg/mL		
02242811	<i>Scopolamine Hydrobromide Injection</i>	Oméga	1	6,00	

TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE)

Pd. pour inh. (App.)			18 mcg		
02246793	<i>Spiriva Handihaler</i>	Bo. Ing.	30	51,90	

Sol. pour Inh. (App.)			2,5 mcg		
02435381	<i>Spiriva Respimat</i>	Bo. Ing.	60 dose(s)	51,90	

UMÉCLIDINIUM (BROMURE D')

Pd. pour Inh.			62,5 mcg		
02423596	<i>Incruse Ellipta</i>	GSK	30 dose(s)	50,00	

12:12.04

AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

MIDODRINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			2,5 mg PPB		
02473984	<i>Mar-Midodrine</i>	Marcan	100	23,05	➔ 0,2305
02278677	<i>Midodrine</i>	Apotex	100	23,05	➔ 0,2305

Co.			5 mg PPB		
02473992	<i>Mar-Midodrine</i>	Marcan	100	38,42	➔ 0,3842
02278685	<i>Midodrine</i>	Apotex	100	38,42	➔ 0,3842

12:12.08

AGONISTES BÊTA-ADRÉNERGIQUES

FORMOTEROL (FUMARATE DE)

Pd. pour Inh.			12 mcg/caps.		
02230898	<i>Foradil & Aerolizer</i>	Novartis	60	46,48	0,7747

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)

Pd. pour Inh.			6 mcg /dose		
02237225	<i>Oxeze Turbuhaler</i>	AZC	60 dose(s)	33,24	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. pour Inh.			12 mcg/dose		
02237224	Oxeze Turbuhaler	AZC	60 dose(s)	44,28	

INDACATÉROL (MALÉATE D')

Pd. pour inh. (App.)			75 mcg/caps.		
02376938	Onbrez Breezhaler	Novartis	30	46,50	

ORCIPRÉNALINE (SULFATE D')

Sir.			10 mg/5 mL		
02236783	Orciprenaline	AA Pharma	250 ml	14,35	0,0574

SALBUTAMOL

Aéro. oral			100 mcg/dose PPB		
02232570	Airomir	Valeant	200 dose(s)	➡	5,00
02245669	Apo-Salvent sans CFC	Apotex	200 dose(s)	➡	5,00
02326450	Novo-Salbutamol HFA	Novopharm	200 dose(s)	➡	5,00
02419858	Salbutamol HFA	Sanis	200 dose(s)	➡	5,00
02241497	Ventolin HFA	GSK	200 dose(s)		6,00

SALBUTAMOL (SULFATE DE)

Co.			2 mg		
02146843	Apo-Salvent	Apotex	100	12,74	0,1274

Co.			4 mg		
02146851	Apo-Salvent	Apotex	100	21,34	0,2134

Sol. pour Inh.			0,5 mg/mL (2,5mL) PPB		
02208245	pms-Salbutamol Polynebs	Phmscience	20	3,49	➡ 0,1745
02239365	ratio-Salbutamol	Ratiopharm	20	3,49	➡ 0,1745

Sol. pour Inh.			1 mg/mL (2,5 mL) PPB		
02208229	pms-Salbutamol Polynebs	Phmscience	20	7,23	➡ 0,3615
01926934	Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.	Teva Can	20	7,23	➡ 0,3615
02213419	Ventolin Nebules P.F.	GSK	20	11,50	0,5750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Sol. pour Inh.

2 mg/mL (2,5 mL) **PPB**

02208237	<i>pms-Salbutamol Polynebs</i>	Phmscience	20	13,50	➔ 0,6750
02239366	<i>ratio-Salbutamol</i>	Ratiopharm	20	13,50	➔ 0,6750
02228297	<i>Salmol</i>	Riva	20	13,50	➔ 0,6750
02173360	<i>Teva-Salbutamol Sterinebs P.F.</i>	Teva Can	20	13,50	➔ 0,6750
02213427	<i>Ventolin Nebules P.F.</i>	GSK	20	13,50	➔ 0,6750

Sol. pour Inh.

5 mg/mL

02213486	<i>Ventolin</i>	GSK	10 ml	2,30	
----------	-----------------	-----	-------	------	--

SALMÉTÉROL (XINAFORTE DE)

Pd. pour Inh.

50 mcg/dose

02231129	<i>Serevent Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	52,64	
----------	------------------------	-----	------------	-------	--

Pd. pour inh. (App.)

50 mcg/coque (4)

99000091	<i>Serevent & Diskhaler</i>	GSK	15	55,91	
----------	---------------------------------	-----	----	-------	--

TERBUTALINE (SULFATE DE)

Pd. pour Inh.

0,5 mg/dose

00786616	<i>Bricanyl Turbuhaler</i>	AZC	100 dose(s)	7,64	
----------	----------------------------	-----	-------------	------	--

12:12.12

AGONISTES ALPHA ET BÊTA ADRÉNERGIQUES

ÉPINÉPHRINE

Sol. Inj. (App.)

0,15 mg/dose **PPB**

02382059	<i>Allerject</i>	Kaleo	1	➔ 81,00	
00578657	<i>EpiPen Jr.</i>	Pfizer	1	➔ 81,00	

Sol. Inj. (App.)

0,3 mg/dose **PPB**

02382067	<i>Allerject</i>	Kaleo	1	➔ 81,00	
02458446	<i>Emerade</i>	Bausch H.	1	➔ 81,00	
00509558	<i>EpiPen</i>	Pfizer	1	➔ 81,00	

Sol. Inj. (App.)

0,5 mg/dose

02458454	<i>Emerade</i>	Bausch H.	1	81,00	
----------	----------------	-----------	---	-------	--

ÉPINÉPHRINE (CHLORHYDRATE D')

Sol. Inj.

1 mg/mL

02435810	<i>Epinéphrine</i>	Teligent	10	38,50	3,8500
----------	--------------------	----------	----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:16.04

BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES

ALFUZOSINE (CHLORHYDRATE D')

Co. L.A.

10 mg **PPB**

02447576	<i>Alfuzosin</i>	Sivem	100	26,01	➔	0,2601
02315866	<i>Apo-Alfuzosin</i>	Apotex	100	26,01	➔	0,2601
02443201	<i>Auro-Alfuzosin</i>	Aurobindo	100	26,01	➔	0,2601
02314282	<i>Novo-Alfuzosin PR</i>	Teva Can	100	26,01	➔	0,2601
02304678	<i>Sandoz Alfuzosin</i>	Sandoz	100	26,01	➔	0,2601
02245565	<i>Xatral</i>	SanofiAven	100	101,30		1,0130

DIHYDROERGOTAMINE (MÉSYLATE DE)

Sol. Inj.

1 mg/mL

00027243	<i>Dihydroergotamine</i>	Sterimax	1 ml	3,88		
----------	--------------------------	----------	------	------	--	--

Vap. nasal

4 mg/mL

02228947	<i>Migranal</i>	Sterimax	3	28,22		9,4067
----------	-----------------	----------	---	-------	--	--------

SILODOSINE

Caps.

4 mg **PPB**

02361663	<i>Rapaflo</i>	Actavis	30	13,15		0,4383
02475421	<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	30	11,84	➔	0,3947

Caps.

8 mg **PPB**

02361671	<i>Rapaflo</i>	Actavis	30	13,15	➔	0,4383
			90	39,45		0,4383
02475448	<i>Sandoz Silodosin</i>	Sandoz	100	39,45	➔	0,3945

TAMSULOSINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. LA ou Caps. LA

0,4 mg **PPB**

02362406	<i>Apo-Tamsulosin CR</i>	Apotex	100	15,00	➔	0,1500
			500	75,00	➔	0,1500
02270102	<i>Flomax CR</i>	Bo. Ing.	30	18,00		0,6000
02281392	<i>Novo-Tamsulosin</i>	Novopharm	100	15,00	➔	0,1500
02294265	<i>ratio-Tamsulosin</i>	Ratiopharm	100	15,00	➔	0,1500
02319217	<i>Sandoz Tamsulosin</i>	Sandoz	100	15,00	➔	0,1500
02340208	<i>Sandoz Tamsulosin CR</i>	Sandoz	100	15,00	➔	0,1500
			500	75,00	➔	0,1500
02413612	<i>Tamsulosin CR</i>	Pro Doc	30	4,50	➔	0,1500
			500	75,00	➔	0,1500
02427117	<i>Tamsulosin CR</i>	Sanis	100	15,00	➔	0,1500
02429667	<i>Tamsulosin CR</i>	Sivem	100	15,00	➔	0,1500
			500	75,00	➔	0,1500
02368242	<i>Teva-Tamsulosin CR</i>	Teva Can	30	4,50	➔	0,1500
			100	15,00	➔	0,1500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:20.04

**MYORELAXANTS À ACTION CENTRALE
CYCLOBENZAPRINE (CHLORHYDRATE DE) **

Co.

10 mg **PPB**

02485419	<i>AG-Cyclobenzaprine</i>	Angita	100	10,22	➔	0,1022
			500	51,10	➔	0,1022
02177145	<i>Apo-Cyclobenzaprine</i>	Apotex	100	10,22	➔	0,1022
			500	51,10	➔	0,1022
02348853	<i>Auro-Cyclobenzaprine</i>	Aurobindo	100	10,22	➔	0,1022
			500	51,10	➔	0,1022
02287064	<i>Cyclobenzaprine</i>	Sanis	100	10,22	➔	0,1022
			500	51,10	➔	0,1022
02424584	<i>Cyclobenzaprine</i>	Sivem	100	10,22	➔	0,1022
			500	51,10	➔	0,1022
02220644	<i>Cyclobenzaprine-10</i>	Pro Doc	500	51,10	➔	0,1022
			02495422	<i>Flexeril</i>	Orimed	100
02357127	<i>Jamp-Cyclobenzaprine</i>	Jamp	500	51,10	➔	0,1022
			100	10,22	➔	0,1022
02212048	<i>pms-Cyclobenzaprine</i>	Phmscience	500	51,10	➔	0,1022
			100	10,22	➔	0,1022
02242079	<i>Riva-Cyclobenzaprine</i>	Riva	500	51,10	➔	0,1022
			100	10,22	➔	0,1022
02080052	<i>Teva-Cyclobenzaprine</i>	Teva Can	500	51,10	➔	0,1022
			100	10,22	➔	0,1022

12:20.08

**MYORELAXANTS À ACTION DIRECTE
DANTROLÈNE SODIQUE **

Caps.

25 mg

01997602	<i>Dantrium</i>	Par Phm	100	39,40		0,3940
----------	-----------------	---------	-----	-------	--	--------

12:20.12

**MYORELAXANTS DÉRIVÉS DU GABA
BACLOFÈNE **

Co.

10 mg **PPB**

02139332	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	100	15,95	➔	0,1595
			500	79,74	➔	0,1595
02287021	<i>Baclofen</i>	Sanis	100	15,95	➔	0,1595
			500	79,74	➔	0,1595
02152584	<i>Baclofen-10</i>	Pro Doc	100	15,95	➔	0,1595
			00455881	<i>Lioresal</i>	Novartis	100
02088398	<i>Mylan-Baclofen</i>	Mylan	100	15,95	➔	0,1595
			500	79,74	➔	0,1595
02063735	<i>pms-Baclofen</i>	Phmscience	100	15,95	➔	0,1595
			500	79,74	➔	0,1595
02236507	<i>ratio-Baclofen</i>	Ratiopharm	100	15,95	➔	0,1595
			500	79,74	➔	0,1595
02242150	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	15,95	➔	0,1595
			500	79,74	➔	0,1595
02442140	<i>Sandoz Baclofen</i>	Sandoz	100	15,95	➔	0,1595
			500	79,74	➔	0,1595

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			20 mg PPB		
02139391	<i>Apo-Baclofen</i>	Apotex	100	31,04	0,3104
02287048	<i>Baclofen</i>	Sanis	100	31,04	0,3104
02152592	<i>Baclofen-20</i>	Pro Doc	100	31,04	0,3104
02088401	<i>Mylan-Baclofen</i>	Mylan	100	31,04	0,3104
02063743	<i>pms-Baclofen</i>	Phmscience	100	31,04	0,3104
02236508	<i>ratio-Baclofen</i>	Ratiopharm	100	31,04	0,3104
02242151	<i>Riva-Baclofen</i>	Riva	100	31,04	0,3104
02442159	<i>Sandoz Baclofen</i>	Sandoz	100	224,90	0,4498
				31,04	0,3104

Sol. Inj.			0,05 mg/mL (1 mL) PPB		
02413620	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	30,01	6,0028
02457059	<i>Baclofene injectable</i>	Teligent	10	60,03	6,0028
02131048	<i>Lioresal Intrathécal</i>	Novartis	5	50,23	10,0460

Sol. Inj.			0,5 mg/mL (20 mL) PPB		
02413639	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	1	90,32	
02457067	<i>Baclofene injectable</i>	Teligent	1	90,32	
02131056	<i>Lioresal Intrathécal</i>	Novartis	1	150,54	

Sol. Inj.			2 mg/mL (5 mL) PPB		
02413647	<i>Baclofen Injection</i>	Sterimax	5	451,67	90,3340
02457075	<i>Baclofene injectable</i>	Teligent	10	903,34	90,3340
02131064	<i>Lioresal Intrathécal</i>	Novartis	5	752,79	150,5580

Sol. Inj.			2 mg/mL (20 mL)		
99110593	<i>Baclofene injectable</i>	Teligent	1	361,34	

12:20.92
DIVERS MYORELAXANTS
ORPHÉNADRINE (CITRATE D')

Co.			100 mg		
02047535	<i>Orfenace</i>	Sterimax	100	35,35	0,3535

Co. L.A.			100 mg		
02243559	<i>Sandoz Orphenadrine</i>	Sandoz	100	50,95	0,5095

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

12:92

MÉDICAMENTS S.N.A. DIVERS

NICOTINE 1

Gomme à mâcher

2 mg **PPB**

80069513	<i>Nicorette Menthe</i>	McNeil Co	105	26,49 ➡	0,2523
80000396	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	21,77 ➡	0,2016

Gomme à mâcher

4 mg **PPB**

80069471	<i>Nicorette Menthe</i>	McNeil Co	105	26,49 ➡	0,2523
80000402	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	28,47 ➡	0,2636

Past. Or.

1 mg **PPB**

80061161	<i>Nic-Hit</i>	Nic-Hit	20	3,70 ➡	0,1850
80007461	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	21,77 ➡	0,2016

Past. Or.

2 mg **PPB**

80059877	<i>Nic-Hit</i>	Nic-Hit	20	4,00 ➡	0,2000
80007464	<i>Thrive</i>	GSK CONS	108	28,47 ➡	0,2636

Timbre cut.

7 mg/24 h **PPB**

01943057	<i>Habitrol</i>	N.C.H.C.	7	18,75 ➡	2,6786
80044518	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75 ➡	2,6786

Timbre cut.

14 mg/24 h **PPB**

01943065	<i>Habitrol</i>	N.C.H.C.	7	18,75 ➡	2,6786
80044503	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75 ➡	2,6786

Timbre cut.

21 mg/24 h **PPB**

01943073	<i>Habitrol</i>	N.C.H.C.	7	18,75 ➡	2,6786
80044515	<i>Nicoderm</i>	McNeil Co	7	18,75 ➡	2,6786

VARÉNICLINE (TARTRATE DE) 7 

Co.

0,5 mg **PPB**

02419882	<i>Apo-Varenicline</i>	Apotex	56	51,73 ➡	0,9237
02291177	<i>Champix</i>	Pfizer	56	96,15	1,7170
02426226	<i>Teva-Varenicline</i>	Teva Can	56	51,73 ➡	0,9237

1 La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec les diverses préparations de nicotine est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois. De plus, la quantité totale remboursable de gommes à mâcher ou de pastilles durant les 12 semaines est limitée à 840 unités, toutes formes confondues.

7 La durée du remboursement d'un traitement antitabagique de varénicline est d'abord limitée à un total de 12 semaines consécutives par période de 12 mois. Une prolongation de 12 semaines sera autorisée pour les personnes ayant cessé de fumer à la 12^e semaine. La durée du remboursement est alors limitée à un total de 24 semaines consécutives par période de 12 mois.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

Co.

0,5 mg et 1 mg **PPB**

02435675	<i>Apo-Varenicline (trousse)</i>	Apotex	53	➡ 48,57	
02298309	<i>Champix (Trousse de départ)</i>	Pfizer	53	91,01	
02426781	<i>Teva-Varenicline (trousse de départ)</i>	Teva Can	25	➡ 22,91	

Co.

1 mg **PPB**

02419890	<i>Apo-Varenicline</i>	Apotex	56	51,72	➡ 0,9235
02291185	<i>Champix</i>	Pfizer	56	96,16	1,7171
02426234	<i>Teva-Varenicline</i>	Teva Can	28	25,86	➡ 0,9235

20:00
MÉDICAMENTS DU SANG

20:04	antianémiques
20:04.04	préparations de fer
20:12	antithrombotiques
20:12.04	anticoagulants
20:12.14	Réducteurs plaquettaires
20:12.18	antiagrégants plaquettaires
20:28	antihémorragiques
20:28.16	hémostatiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

20:04.04

PRÉPARATIONS DE FER

FER (COMPLEXE DE GLUCONATE FERRIQUE/ SUCROSE)

Sol. Inj. I.V.

12,5 mg (Fe)/mL (5 mL)

02243333	<i>Ferlecit</i>	SanofiAven	10	241,33	24,1330
----------	-----------------	------------	----	--------	---------

FER-DEXTRAN

Sol. Inj.

50 mg (Fe)/mL

02205963	<i>Dexiron</i>	Luitpold	2 ml	27,50	
----------	----------------	----------	------	-------	--

FER-ISOMALTOSIDE 1000

Sol. Inj. I.V.

100 mg (Fe)/mL

02477777	<i>Monoferric</i>	Pfizer	1 ml 5 ml 10 ml	45,00 225,00 450,00	
----------	-------------------	--------	-----------------------	---------------------------	--

FERREUX (SULFATE)

Co.

300 mg à 325 mg (Fe-60 mg à 65 mg) **PPB**

02246733	<i>Euro-Ferrous Sulfate</i>	Sandoz	1000	15,71	➔	0,0157
00031100	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	1000	15,71	➔	0,0157
80057416	<i>M-Fer Sulfate</i>	Mantra Ph.	1000	15,71	➔	0,0157
00586323	<i>pms-Ferrous Sulfate</i>	Phmscience	500 1000	10,35 15,71	➔	0,0207 0,0157

Sir. ou Sol. Orale

150 mg/5 mL(Fe-30 mg/5 mL) **PPB**

00017884	<i>Fer-in-Sol</i>	M.J.	250 ml	12,61		0,0504
00758469	<i>Ferodan</i>	Odan	250 ml 500 ml	6,80 13,60	➔	0,0272 0,0272
80008295	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	250 ml	6,80	➔	0,0272
02242863	<i>Pediafer Sirop</i>	Exzell	250 ml	6,80	➔	0,0272
00792675	<i>pms-Ferrous Sulfate</i>	Phmscience	250 ml 500 ml	6,80 13,60	➔	0,0272 0,0272

Sol. Orale Péd.

75 mg/mL(Fe-15 mg/mL) **PPB**

00762954	<i>Fer-in-Sol</i>	M.J.	50 ml	9,27		
02237385	<i>Ferodan</i>	Odan	50 ml	7,16	➔	
80008309	<i>Jamp-Sulfate Ferreux</i>	Jamp	50 ml	7,16	➔	
02232202	<i>Pediafer</i>	Exzell	50 ml	7,16	➔	
02222574	<i>pms-Ferrous Sulfate</i>	Phmscience	50 ml	7,16	➔	

FER-SACCHAROSE

Sol. Inj. I.V.

20 mg (Fe)/mL (5 mL) **PPB**

02502917	<i>pms-Iron Sucrose</i>	Phmscience	10	318,75	➔	31,8750
02243716	<i>Venofer</i>	Luitpold	10	375,00		37,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

20:12.04

ANTICOAGULANTS

DALTÉPARINE SODIQUE 

Sol. Inj.

2 500 UI/mL (4 mL)

02377454	<i>Fragmin</i>	Pfizer	10	159,29	R
----------	----------------	--------	----	--------	----------

Sol. Inj.

25 000 U/mL

02231171	<i>Fragmin</i>	Pfizer	3,8 ml	151,32	
----------	----------------	--------	--------	--------	--

Sol. Inj. (ser)

3500 UI/0,28 mL

02430789	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	7,06	
----------	----------------	--------	---	------	--

Sol. Inj. S.C.

10 000 UI/mL

02132664	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1 ml	15,93	
----------	----------------	--------	------	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

2 500 UI/0,2 mL

02132621	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	5,04	
----------	----------------	--------	---	------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

5 000 UI/0,2 mL

02132648	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	10,09	
----------	----------------	--------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

7 500 UI/0,3 ml

02352648	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	15,13	
----------	----------------	--------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

10 000 UI/0,4 mL

02352656	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	20,18	
----------	----------------	--------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

12 500 UI/0,5 mL

02352664	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	25,22	
----------	----------------	--------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

15 000 UI/0,6 mL

02352672	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	30,26	
----------	----------------	--------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

16 500 UI/0,66 mL

02494582	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	33,29	
			5	166,45	33,2900

Sol. Inj. S.C. (ser)

18 000 UI/0,72 mL

02352680	<i>Fragmin</i>	Pfizer	1	36,32	
----------	----------------	--------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉNOXAPARINE

Sol. Inj. S.C.

100 mg/mL

02236564	Lovenox	SanofiAven	3 ml	62,51	
----------	---------	------------	------	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

30 mg/ 0,3 mL

02012472	Lovenox	SanofiAven	1	6,29	
----------	---------	------------	---	------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

40 mg/0,4 mL

02236883	Lovenox	SanofiAven	1	8,33	
----------	---------	------------	---	------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

60 mg/0,6 mL

02378426	Lovenox	SanofiAven	1	12,50	
----------	---------	------------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

80 mg/0,8 mL

02378434	Lovenox	SanofiAven	1	16,66	
----------	---------	------------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

100 mg/1,0 mL

02378442	Lovenox	SanofiAven	1	20,83	
----------	---------	------------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

120 mg/0,8 mL

02242692	Lovenox HP	SanofiAven	1	24,99	
----------	------------	------------	---	-------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

150 mg/1,0 mL

02378469	Lovenox HP	SanofiAven	1	31,24	
----------	------------	------------	---	-------	--

FONDAPARINUX

Sol. Inj. S.C. (ser)

2,5 mg/0,5 mL **PPB**

02245531	Arixtra	Aspen	1	➡	9,86
02406853	Solution injectable de fondaparinux sodique	Dr Reddy's	1	➡	9,86

Sol. Inj. S.C. (ser)

7,5 mg/0,6 mL **PPB**

02258056	Arixtra	Aspen	1	➡	17,50
02406896	Solution injectable de fondaparinux sodique	Dr Reddy's	1	➡	17,50

HÉPARINE SODIQUE

Sol. Inj.

100 U/mL

00727520	Héparine Léo	Leo	10 ml	4,26	0,4260
----------	--------------	-----	-------	------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.				1 000 U/mL	
00453811	Héparine	Leo	10 ml	5,01	0,5010

Sol. Inj.				10 000 U/mL	
02382326	Héparine sodique injectable, USP	Pfizer	1 ml	5,01	5,0100

NADROPARINE CALCIQUE

Sol. Inj. S.C. (ser)				2 850 U/0,3 mL	
02236913	Fraxiparine	Aspen	1	2,72	

Sol. Inj. S.C. (ser)				3 800 U/0,4 mL	
02450623	Fraxiparine	Aspen	1	3,63	

Sol. Inj. S.C. (ser)				5 700 U/0,6 mL	
02450631	Fraxiparine	Aspen	1	5,44	

Sol. Inj. S.C. (ser)				9 500 U/1,0 mL	
02450658	Fraxiparine	Aspen	1	9,06	

Sol. Inj. S.C. (ser)				11 400 U/0,6 mL	
02450674	Fraxiparine Forte	Aspen	1	10,87	

Sol. Inj. S.C. (ser)				15 200 U/0,8 mL	
02450666	Fraxiparine Forte	Aspen	1	14,50	

Sol. Inj. S.C. (ser)				19 000 U/1,0 mL	
02240114	Fraxiparine Forte	Aspen	1	18,12	

NICOUMALONE

Co.				1 mg	
00010383	Sintrom	Paladin	100	27,33	R

Co.				4 mg	
00010391	Sintrom	Paladin	100	85,91	R

TINZAPARINE SODIQUE

Sol. Inj. S.C.				10 000 UI/mL	
02167840	Innohep	Leo	2 ml	33,43	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			20 000 UI/mL		
02229515	Innohep	Leo	2 ml	67,90	
Sol. Inj. S.C. (ser)			2 500 UI/0,25 mL		
02229755	Innohep	Leo	10	42,15	4,2150
Sol. Inj. S.C. (ser)			3 500 UI/0,35 mL		
02358158	Innohep	Leo	10	59,00	5,9000
Sol. Inj. S.C. (ser)			4 500 UI/0,45 mL		
02358166	Innohep	Leo	10	75,80	7,5800
Sol. Inj. S.C. (ser)			8 000 UI/0,4 mL		
02429462	Innohep	Leo	10	137,71	13,7710
Sol. Inj. S.C. (ser)			10 000 UI/ 0,5 mL		
02231478	Innohep	Leo	10	167,70	16,7700
Sol. Inj. S.C. (ser)			12 000 UI/0,6 mL		
02429470	Innohep	Leo	10	206,57	20,6570
Sol. Inj. S.C. (ser)			14 000 UI/ 0,7 mL		
02358174	Innohep	Leo	10	241,00	24,1000
Sol. Inj. S.C. (ser)			16 000 UI/0,8 mL		
02429489	Innohep	Leo	10	275,43	27,5430
Sol. Inj. S.C. (ser)			18 000 UI/0,9 mL		
02358182	Innohep	Leo	10	309,85	30,9850
WARFARINE SODIQUE 					
Co.			1 mg PPB		
02242924	Apo-Warfarin	Apotex	100	7,80	➡ 0,0780
			500	39,00	➡ 0,0780
01918311	Coumadin	B.M.S.	100	7,80	➡ 0,0780
			1000	78,00	➡ 0,0780
02265273	Novo-Warfarin	Novopharm	100	7,80	➡ 0,0780
			250	19,50	➡ 0,0780
02242680	Taro-Warfarin	Taro	100	7,80	➡ 0,0780
			250	19,50	➡ 0,0780

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			2 mg PPB			
02242925	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	8,25	➔	0,0825
			500	41,25	➔	0,0825
01918338	<i>Coumadin</i>	B.M.S.	100	8,25	➔	0,0825
			250	20,63	➔	0,0825
02242681	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	8,25	➔	0,0825
			250	20,63	➔	0,0825

Co.			2,5 mg PPB			
02242926	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	6,60	➔	0,0660
			500	33,00	➔	0,0660
01918346	<i>Coumadin</i>	B.M.S.	100	6,60	➔	0,0660
			250	16,50	➔	0,0660
02242682	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	6,60	➔	0,0660
			250	16,50	➔	0,0660

Co.			3 mg PPB			
02245618	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	10,23	➔	0,1023
02240205	<i>Coumadin</i>	B.M.S.	100	10,23	➔	0,1023
02242683	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	250	31,15	➔	0,1246
			100	10,23	➔	0,1023

Co.			4 mg PPB			
02242927	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	10,23	➔	0,1023
			500	51,15	➔	0,1023
02007959	<i>Coumadin</i>	B.M.S.	100	10,23	➔	0,1023
			250	25,58	➔	0,1023
02242684	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	10,23	➔	0,1023
			250	25,58	➔	0,1023

Co.			5 mg PPB			
02242928	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	6,62	➔	0,0662
			500	33,10	➔	0,0662
01918354	<i>Coumadin</i>	B.M.S.	100	6,62	➔	0,0662
			250	16,55	➔	0,0662
02265346	<i>Novo-Warfarin</i>	Novopharm	100	6,62	➔	0,0662
			250	16,55	➔	0,0662
02242685	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	6,62	➔	0,0662
			250	16,55	➔	0,0662

Co.			6 mg PPB			
02240206	<i>Coumadin</i>	B.M.S.	100	17,53	➔	0,1753
02242686	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	17,53	➔	0,1753

Co.			7,5 mg			
02242697	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	30,14		0,3014

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg PPB	
02242929	<i>Apo-Warfarin</i>	Apotex	100	11,87	➔ 0,1187
01918362	<i>Coumadin</i>	B.M.S.	100	11,87	➔ 0,1187
02242687	<i>Taro-Warfarin</i>	Taro	100	11,87	➔ 0,1187

20:12.14
RÉDUCTEURS PLAQUETTAIRES
ANAGRELIDE (CHLORHYDRATE D') 

Caps.				0,5 mg PPB	
02236859	<i>Agrylin</i>	Shire	100	528,30	5,2830
02274949	<i>pms-Anagrelide</i>	Phmscience	100	263,61	➔ 2,6361
02260107	<i>Sandoz Anagrelide</i>	Sandoz	100	263,61	➔ 2,6361

20:12.18
ANTIAGRÉGANTS PLAQUETTAIRES
CLOPIDOGREL (BISULFATE DE) 

Co.				75 mg PPB	
02252767	<i>Apo-Clopidogrel</i>	Apotex	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02416387	<i>Auro-Clopidogrel</i>	Aurobindo	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02444895	<i>Bio-Clopidogrel</i>	Biomed	500	131,55	➔ 0,2631
			02394820	<i>Clopidogrel</i>	Pro Doc
500	131,55	➔ 0,2631			
02400553	<i>Clopidogrel</i>	Sanis	500	131,55	➔ 0,2631
			02385813	<i>Clopidogrel</i>	Sivem
500	131,55	➔ 0,2631			
02303027	<i>Co Clopidogrel</i>	Cobalt	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02415550	<i>Jamp-Clopidogrel</i>	Jamp	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02422255	<i>Mar-Clopidogrel</i>	Marcan	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
+ 02502283	<i>M-Clopidogrel</i>	Mantra Ph.	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02408910	<i>Mint-Clopidogrel</i>	Mint	30	7,89	➔ 0,2631
			100	26,31	➔ 0,2631
02482037	<i>NRA-Clopidogrel</i>	Nora	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02238682	<i>Plavix</i>	SanofiAven	28	74,23	2,6511
			02348004	<i>Pms-Clopidogrel</i>	Phmscience
500	131,55	➔ 0,2631			
02445336	<i>Priva-Clopidogrel</i>	Pharmapar	100	26,31	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02379813	<i>Ran-Clopidogrel</i>	Ranbaxy	100	26,31	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02388529	<i>Riva-Clopidogrel</i>	Riva	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02359316	<i>Sandoz Clopidogrel</i>	Sandoz	100	26,31	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631
02293161	<i>Teva Clopidogrel</i>	Teva Can	30	7,89	➔ 0,2631
			500	131,55	➔ 0,2631

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

20:28.16

HÉMOSTATIQUES

TRANEXAMIQUE (ACIDE) 

Co.

500 mg **PPB**

02401231	<i>Acide Tranexamique</i>	Sterimax	100	29,67	➔	0,2967
02064405	<i>Cyklokapron</i>	Pfizer	100	102,48		1,0248
02496232	<i>Mar-Tranexamic Acid</i>	Marcan	100	29,67	➔	0,2967

24:00

MÉDICAMENTS CARDIOVASCULAIRES

24:04 cardiotropes

24:04.04 antiarythmiques

24:04.08 cardiotoniques

24:06 hypolipémiants

24:06.04 sequestrants de l'acide biliaire

24:06.05 inhibiteurs de l'absorption du
cholestérol

24:06.06 fibrates

24:06.08 inhibiteurs de l'HMG-CoA réductase

24:06.92 hypolipémiants divers

24:08 antihypertenseurs

24:08.16 agonistes alpha-adrénergiques

24:08.20 vasodilatateurs à action directe

24:12 vasodilatateurs

24:12.08 nitrates et nitrites

24:20 bloquants alpha-adrénergiques

24:24 bloquants bêta-adrénergiques

24:28 bloquants du canal calcique

24:28.08 dihydropyridines

24:28.92 divers bloquants du canal calcique

24:32 inhibiteurs syst. rénine-angiotensine-aldostérone

24:32.04 inh. enzyme conversion de
l'angiotensine (IECA)

24:32.08 antagonistes des récepteurs de
l'angiotensine II

24:32.20 antagonistes des récepteurs de
l'aldostérone

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:04.04

ANTIARYTHMIQUES

AMIODARONE (CHLORHYDRATE D')

Co.

100 mg

02292173	<i>pms-Amiodarone</i>	Phmscience	100	67,76	0,6776
----------	-----------------------	------------	-----	-------	--------

Co.

200 mg **PPB**

02364336	<i>Amiodarone</i>	Sanis	100	37,06	➔ 0,3706
02385465	<i>Amiodarone</i>	Sivem	100	37,06	➔ 0,3706
02246194	<i>Apo-Amiodarone</i>	Apotex	100	37,06	➔ 0,3706
02242472	<i>pms-Amiodarone</i>	Phmscience	100	37,06	➔ 0,3706
02309661	<i>Pro-Amiodarone-200</i>	Pro Doc	100	37,06	➔ 0,3706
02240071	<i>ratio-Amiodarone</i>	Ratiopharm	100	37,06	➔ 0,3706
02247217	<i>Riva-Amiodarone</i>	Riva	100	37,06	➔ 0,3706
02243836	<i>Sandoz Amiodarone</i>	Sandoz	100	37,06	➔ 0,3706
02239835	<i>Teva-Amiodarone</i>	Teva Can	100	37,06	➔ 0,3706

DISOPYRAMIDE

Caps.

100 mg

02224801	<i>Rythmodan</i>	Cheplaphar	84	18,93	0,2254
----------	------------------	------------	----	-------	--------

FLECAÏNIDE (ACÉTATE DE)

Co.

50 mg **PPB**

02459957	<i>Auro-Flecainide</i>	Aurobindo	100	27,78	➔ 0,2778
			1000	277,80	➔ 0,2778
02275538	<i>Flecainide</i>	Apotex	100	27,78	➔ 0,2778
02493705	<i>Jamp Flecainide</i>	Jamp	100	27,78	➔ 0,2778
			500	138,90	➔ 0,2778
02476177	<i>Mar-Flecainide</i>	Marcan	100	27,78	➔ 0,2778

Co.

100 mg **PPB**

02459965	<i>Auro-Flecainide</i>	Aurobindo	100	55,58	➔ 0,5558
			1000	555,80	➔ 0,5558
02275546	<i>Flecainide</i>	Apotex	100	55,58	➔ 0,5558
02493713	<i>Jamp Flecainide</i>	Jamp	100	55,58	➔ 0,5558
			500	277,90	➔ 0,5558
02476185	<i>Mar-Flecainide</i>	Marcan	100	55,58	➔ 0,5558

MEXILÉTINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

100 mg

02230359	<i>Novo-Mexiletine</i>	Novopharm	100	81,62	0,8162
----------	------------------------	-----------	-----	-------	--------

Caps.

200 mg

02230360	<i>Novo-Mexiletine</i>	Novopharm	100	109,30	1,0930
----------	------------------------	-----------	-----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PROPAFÉNONE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.		150 mg PPB			
02243324	<i>Apo-Propafenone</i>	Apotex	100	29,65	➔ 0,2965
02457172	<i>Mylan-Propafenone</i>	Mylan	100	29,65	➔ 0,2965
02294559	<i>pms-Propafénone</i>	Phmscience	100	29,65	➔ 0,2965
02343053	<i>Propafenone</i>	Sanis	100	29,65	➔ 0,2965
00603708	<i>Rythmol</i>	BGP Pharma	100	94,10	0,9410

Co.		300 mg PPB			
02243325	<i>Apo-Propafenone</i>	Apotex	100	52,27	➔ 0,5227
02457164	<i>Mylan-Propafenone</i>	Mylan	100	52,27	➔ 0,5227
02294575	<i>pms-Propafénone</i>	Phmscience	100	52,27	➔ 0,5227
02343061	<i>Propafenone</i>	Sanis	100	52,27	➔ 0,5227
00603716	<i>Rythmol</i>	BGP Pharma	100	165,86	1,6586

24:04.08

CARDIOTONIQUES

DIGOXINE 

Co.		0,0625 mg			
02335700	<i>Toloxin</i>	Pendopharm	250	51,61	0,2064

Co.		0,125 mg			
02335719	<i>Toloxin</i>	Pendopharm	250	51,50	0,2060

Sol. Orale		0,05 mg/mL			
02242320	<i>Toloxin</i>	Pendopharm	115 ml	42,45	0,3691

MILRINONE (LACTATE DE) 

Sol. Inj. I.V.		1 mg/mL PPB			
02470047	<i>Milrinone Lactate Injection</i>	Aurobindo	10 ml	➔ 39,78	
			20 ml	➔ 79,56	
02244622	<i>Milrinone Lactate Injection</i>	Fresenius	10 ml	➔ 39,78	
			20 ml	➔ 79,56	

24:06.04

SEQUESTRANTS DE L'ACIDE BILIAIRE

CHOLESTYRAMINE (RÉSINE DE) 

Pd. Orale		4 g/sac. PPB			
02455609	<i>Cholestyramine-Odan</i>	Odan	30	11,08	➔ 0,3692
02478595	<i>Jamp-Cholestyramine</i>	Jamp	30	11,08	➔ 0,3692
02494531	<i>Jamp-Cholestyramine</i>	Jamp	30	11,08	➔ 0,3692
02210320	<i>Olestyr</i>	Phmscience	30	11,08	➔ 0,3692
00890960	<i>Olestyr sans sucre</i>	Phmscience	30	11,08	➔ 0,3692

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

COLESTIPOL (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

			1 g		
02132680	<i>Colestid</i>	Pfizer	120	29,49	0,2458

Pd. Orale

5 g de colestipol/sac.

00642975	<i>Colestid</i>	Pfizer	30	25,85	0,8617
* 02132699	<i>Colestid Orange 7.5 g</i>	Pfizer	30	25,85	R

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:06.05
INHIBITEURS DE L'ABSORPTION DU CHOLESTÉROL
ÉZÉTIMIBE 

Co.

10 mg **PPB**

02425610	<i>ACH-Ezetimibe</i>	Accord	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02414716	<i>ACT Ezetimibe</i>	ActavisPhm	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02475898	<i>AG-Ezetimibe</i>	Angita	100	18,11	➔	0,1811
02427826	<i>Apo-Ezetimibe</i>	Apotex	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02469286	<i>Auro-Ezetimibe</i>	Aurobindo	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02425211	<i>Bio-Ezetimibe</i>	Biomed	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02422549	<i>Ezetimibe</i>	Pro Doc	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02478544	<i>Ezetimibe</i>	Riva	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02431300	<i>Ezetimibe</i>	Sanis	100	18,11	➔	0,1811
02429659	<i>Ezetimibe</i>	Sivem	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02247521	<i>Ezetrol</i>	Merck	30	52,20		1,7400
02460750	<i>GLN-Ezetimide</i>	Glenmark	100	18,11	➔	0,1811
02423235	<i>Jamp-Ezetimibe</i>	Jamp	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02422662	<i>Mar-Ezetimibe</i>	Marcan	100	18,11	➔	0,1811
			500	90,55	➔	0,1811
02467437	<i>M-Ezetimibe</i>	Mantra Ph.	30	5,43	➔	0,1811
			500	90,55	➔	0,1811
02423243	<i>Mint-Ezetimibe</i>	Mint	100	18,11	➔	0,1811
02481669	<i>NRA-Ezetimide</i>	Nora	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02416409	<i>pms-Ezetimibe</i>	Phmscience	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02425238	<i>Priva-Ezetimide</i>	Pharmapar	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02419548	<i>Ran-Ezetimibe</i>	Ranbaxy	100	18,11	➔	0,1811
			500	90,55	➔	0,1811
02424436	<i>Riva-Ezetimibe</i>	Riva	30	5,43	➔	0,1811
			500	90,55	➔	0,1811
02416778	<i>Sandoz Ezetimibe</i>	Sandoz	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811
02354101	<i>Teva-Ezetimibe</i>	Teva Can	30	5,43	➔	0,1811
			100	18,11	➔	0,1811

24:06.06
FIBRATES
BÉZAFIBRATE 

Co. L.A.

400 mg **PPB**

02083523	<i>Bezalip S.R.</i>	Aralez	30	34,77	➔	1,1590
02453312	<i>Jamp-Bezafibrate SR</i>	Jamp	30	34,77	➔	1,1590

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FÉNOFIBRATE (MICROENROBÉ)

Co.		100 mg PPB			
02246859	<i>Apo-Feno-Super</i>	Apotex	100	54,06	➔ 0,5406
02241601	<i>Lipidil Supra</i>	Fournier	30	32,34	➔ 1,0780
02288044	<i>Sandoz Fenofibrate S</i>	Sandoz	90	48,65	➔ 0,5406

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ OU MICROENROBÉ OU MICRONISÉ)

Co. ou Caps.		145 mg ou 160 mg ou 200 mg PPB			
02246860	<i>Apo-Feno-Super (160 mg)</i>	Apotex	100	27,22	➔ 0,2722
02239864	<i>Feno-Micro (200 mg)</i>	AA Pharma	100	27,22	➔ 0,2722
02269082	<i>Lipidil EZ (145 mg)</i>	BGP Pharma	30	32,16	➔ 1,0720
02146959	<i>Lipidil Micro (200 mg)</i>	Fournier	30	32,67	➔ 1,0890
02241602	<i>Lipidil Supra (160 mg)</i>	Fournier	30	37,27	➔ 1,2423
02243552	<i>Novo-Fénofibrate Micronisé (200 mg)</i>	Novopharm	30	8,17	➔ 0,2722
			100	27,22	➔ 0,2722
02250039	<i>ratio-Fenofibrate MC (200 mg)</i>	Ratiopharm	30	8,17	➔ 0,2722
			100	27,22	➔ 0,2722
+ 02390701	<i>Sandoz Fenofibrate E (145 mg)</i>	Sandoz	100	27,22	➔ 0,2722
02288052	<i>Sandoz Fenofibrate S (160 mg)</i>	Sandoz	90	24,50	➔ 0,2722
02454696	<i>Taro-Fenofibrate E (145 mg)</i>	Sun Pharma	100	27,22	➔ 0,2722

FÉNOFIBRATE (NANOCRISTALLISÉ)

Co.		48 mg PPB			
02269074	<i>Lipidil EZ</i>	BGP Pharma	30	12,56	➔ 0,4187
02390698	<i>Sandoz Fenofibrate E</i>	Sandoz	30	10,68	➔ 0,3560

GEMFIBROZIL

Co.		600 mg			
02142074	<i>Teva-Gemfibrozil</i>	Teva Can	100	51,57	➔ 0,5157

24:06.08
INHIBITEURS DE L'HMG-COA RÉDUCTASE
AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE

Co.		5 mg -10 mg PPB			
02411253	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	58,02	➔ 0,5802
02273233	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	67,96	➔ 0,7551
02404222	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	58,02	➔ 0,5802

Co.		5 mg - 20 mg PPB			
02411261	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	68,42	➔ 0,6842
02273241	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	77,32	➔ 0,8591
02404230	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	68,42	➔ 0,6842

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg - 40 mg PPB		
02411288	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➔ 0,7232
02273268	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	80,83	0,8981
Co.			5 mg - 80 mg PPB		
02411296	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➔ 0,7232
02273276	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	80,83	0,8981
Co.			10 mg -10 mg PPB		
02411318	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	61,25	➔ 0,6125
02273284	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	82,75	0,9194
02404249	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	61,25	➔ 0,6125
Co.			10 mg - 20 mg PPB		
02411326	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	76,36	➔ 0,7636
02273292	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	92,11	1,0234
02404257	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	76,36	➔ 0,7636
Co.			10 mg - 40 mg PPB		
02411334	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➔ 0,8000
02273306	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	95,62	1,0624
Co.			10 mg - 80 mg PPB		
02411342	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➔ 0,8000
02273314	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	95,62	1,0624

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ATORVASTATINE CALCIQUE

Co.

 10 mg **PPB**

02457741	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	15,69	➔	0,1743
02478145	<i>AG-Atorvastatin</i>	Angita	100	17,43	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02295261	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	100	17,43	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02476940	<i>Atorvastatin</i>	Altamed	500	87,15	➔	0,1743
02496607	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	87,15	➔	0,1743
02346486	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	87,15	➔	0,1743
02475022	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	5,23	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02411350	<i>Atorvastatin-10</i>	Sivem	100	17,43	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02407256	<i>Auro-Atorvastatin</i>	Aurobindo	90	15,69	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02481189	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	500	87,15	➔	0,1743
02503387	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	17,43	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02391058	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	15,69	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02230711	<i>Lipitor</i>	Upjohn	90	155,69		1,7299
02454017	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	100	17,43	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02471167	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	500	87,15	➔	0,1743
02479508	<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	500	87,15	➔	0,1743
02392933	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	15,69	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02476517	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	500	87,15	➔	0,1743
02399377	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	17,43	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02477149	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	17,43	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02482886	<i>Priva-Atorvastatin</i>	Pharmapar	500	87,15	➔	0,1743
02313707	<i>Ran-Atorvastatin</i>	Ranbaxy	90	15,69	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02350297	<i>ratio-Atorvastatin</i>	Ratiopharm	30	5,23	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02417936	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	15,69	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02422751	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	5,23	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
02324946	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	5,23	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743
* 02310899	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	5,23	➔	0,1743
			500	87,15	➔	0,1743

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	PPB
02457768	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	19,61	➔ 0,2179
02478153	<i>AG-Atorvastatin</i>	Angita	100	21,79	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02295288	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	100	21,79	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02476959	<i>Atorvastatin</i>	Altamed	500	108,95	➔ 0,2179
02496615	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	108,95	➔ 0,2179
02346494	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	108,95	➔ 0,2179
02475030	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	6,54	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02411369	<i>Atorvastatin-20</i>	Sivem	100	21,79	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02407264	<i>Auro-Atorvastatin</i>	Aurobindo	90	19,61	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02481197	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	500	108,95	➔ 0,2179
02503395	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	21,79	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02391066	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	19,61	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02230713	<i>Lipitor</i>	Upjohn	90	194,62	2,1624
02454025	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	100	21,79	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02471175	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	500	108,95	➔ 0,2179
02479516	<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	500	108,95	➔ 0,2179
02392941	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	19,61	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02476525	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	500	108,95	➔ 0,2179
02399385	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	21,79	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02477157	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	21,79	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02482894	<i>Priva-Atorvastatin</i>	Pharmapar	500	108,95	➔ 0,2179
02313715	<i>Ran-Atorvastatin</i>	Ranbaxy	90	19,61	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02350319	<i>ratio-Atorvastatin</i>	Ratiopharm	30	6,54	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02417944	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	19,61	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02422778	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	6,54	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
02324954	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	6,54	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179
* 02310902	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	6,54	➔ 0,2179
			500	108,95	➔ 0,2179

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				40 mg PPB	
02457776	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	21,08	➔ 0,2342
02478161	<i>AG-Atorvastatin</i>	Angita	100	23,42	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02295296	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	100	23,42	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02476967	<i>Atorvastatin</i>	Altamed	500	117,10	➔ 0,2342
02496623	<i>Atorvastatin</i>	Nora	500	117,10	➔ 0,2342
02346508	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	500	117,10	➔ 0,2342
02475049	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02411377	<i>Atorvastatin-40</i>	Sivem	100	23,42	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02407272	<i>Auro-Atorvastatin</i>	Aurobindo	90	21,08	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02481200	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	500	117,10	➔ 0,2342
02503409	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	23,42	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02391074	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	21,08	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02230714	<i>Lipitor</i>	Upjohn	90	209,22	2,3247
02454033	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	100	23,42	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02471183	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	500	117,10	➔ 0,2342
02479524	<i>Mint-Atorvastatin</i>	Mint	500	117,10	➔ 0,2342
02392968	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	21,08	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02476533	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	500	117,10	➔ 0,2342
02399393	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	23,42	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02477165	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	23,42	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02482908	<i>Priva-Atorvastatin</i>	Pharmapar	500	117,10	➔ 0,2342
02313723	<i>Ran-Atorvastatin</i>	Ranbaxy	90	21,08	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02350327	<i>ratio-Atorvastatin</i>	Ratiopharm	30	7,03	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02417952	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	21,08	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02422786	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
02324962	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	7,03	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342
* 02310910	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	7,03	➔ 0,2342
			500	117,10	➔ 0,2342

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			80 mg PPB		
02457784	<i>ACH-Atorvastatin</i>	Accord	90	21,08	➡ 0,2342
02478188	<i>AG-Atorvastatin</i>	Angita	100	23,42	➡ 0,2342
02295318	<i>Apo-Atorvastatin</i>	Apotex	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02476975	<i>Atorvastatin</i>	Altamed	100	23,42	➡ 0,2342
02496631	<i>Atorvastatin</i>	Nora	100	23,42	➡ 0,2342
02346516	<i>Atorvastatin</i>	Pro Doc	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02475057	<i>Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02411385	<i>Atorvastatin-80</i>	Sivem	100	23,42	➡ 0,2342
02407280	<i>Auro-Atorvastatin</i>	Aurobindo	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02481219	<i>Bio-Atorvastatin</i>	Biomed	100	23,42	➡ 0,2342
02503417	<i>Jamp Atorvastatin</i>	Jamp	100	23,42	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02391082	<i>Jamp-Atorvastatin</i>	Jamp	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02243097	<i>Lipitor</i>	Upjohn	30	69,74	2,3247
02454041	<i>Mar-Atorvastatin</i>	Marcan	100	23,42	➡ 0,2342
02471191	<i>M-Atorvastatin</i>	Mantra Ph.	90	21,08	➡ 0,2342
02392976	<i>Mylan-Atorvastatin</i>	Mylan	90	21,08	➡ 0,2342
02476541	<i>NRA-Atorvastatin</i>	Nora	100	23,42	➡ 0,2342
02399407	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	23,42	➡ 0,2342
02477173	<i>pms-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	23,42	➡ 0,2342
02482916	<i>Priva-Atorvastatin</i>	Pharmapar	500	117,10	➡ 0,2342
02313758	<i>Ran-Atorvastatin</i>	Ranbaxy	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02350335	<i>ratio-Atorvastatin</i>	Ratiopharm	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02417960	<i>Reddy-Atorvastatin</i>	Dr Reddy's	90	21,08	➡ 0,2342
			500	117,10	➡ 0,2342
02422794	<i>Riva-Atorvastatin</i>	Riva	30	7,03	➡ 0,2342
			90	21,08	➡ 0,2342
02324970	<i>Sandoz Atorvastatin</i>	Sandoz	30	7,03	➡ 0,2342
			100	23,42	➡ 0,2342
02310929	<i>Teva-Atorvastatin</i>	Teva Can	30	7,03	➡ 0,2342
			90	21,08	➡ 0,2342

FLUVASTATINE SODIQUE

Caps.			20 mg PPB		
02400235	<i>Sandoz Fluvastatin</i>	Sandoz	100	22,02	➡ 0,2202
02299224	<i>Teva Fluvastatin</i>	Teva Can	100	22,02	➡ 0,2202

Caps.			40 mg		
02299232	<i>Teva Fluvastatin</i>	Teva Can	100	30,92	0,3092

Co. L.A.			80 mg		
02250527	<i>Lescol XL</i>	Novartis	28	40,01	1,4289

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LOVASTATINE

Co.

 20 mg **PPB**

02220172	<i>Apo-Lovastatin</i>	Apotex	100	49,19	➔ 0,4919
02248572	<i>Co Lovastatin</i>	Cobalt	30	14,76	➔ 0,4919
			500	245,94	➔ 0,4919
02353229	<i>Lovastatin</i>	Sanis	100	49,19	➔ 0,4919
			500	245,94	➔ 0,4919
02245822	<i>ratio-Lovastatin</i>	Ratiopharm	100	49,19	➔ 0,4919
			500	245,94	➔ 0,4919

Co.

 40 mg **PPB**

02220180	<i>Apo-Lovastatin</i>	Apotex	100	89,85	➔ 0,8985
02248573	<i>Co Lovastatin</i>	Cobalt	30	26,96	➔ 0,8985
			100	89,85	➔ 0,8985
02353237	<i>Lovastatin</i>	Sanis	100	89,85	➔ 0,8985
02245823	<i>ratio-Lovastatin</i>	Ratiopharm	100	89,85	➔ 0,8985

PRAVASTATINE SODIQUE

Co.

 10 mg **PPB**

02440644	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	29,16	➔ 0,2916
02248182	<i>ACT Pravastatin</i>	ActavisPhm	100	29,16	➔ 0,2916
02476142	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	29,16	➔ 0,2916
02243506	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	8,75	➔ 0,2916
			100	29,16	➔ 0,2916
02458977	<i>Auro-Pravastatin</i>	Aurobindo	100	29,16	➔ 0,2916
02446251	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	29,16	➔ 0,2916
02330954	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	8,75	➔ 0,2916
			100	29,16	➔ 0,2916
02432048	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	29,16	➔ 0,2916
02317451	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	8,75	➔ 0,2916
			100	29,16	➔ 0,2916
02476274	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	100	29,16	➔ 0,2916
02247655	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	29,16	➔ 0,2916
02356546	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	8,75	➔ 0,2916
			100	29,16	➔ 0,2916
02389703	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	8,75	➔ 0,2916
			100	29,16	➔ 0,2916
02243824	<i>Pravastatin-10</i>	Pro Doc	30	8,75	➔ 0,2916
02445379	<i>Priva-Pravastatin</i>	Pharmapar	100	29,16	➔ 0,2916
02284421	<i>Ran-Pravastatin</i>	Ranbaxy	30	8,75	➔ 0,2916
			100	29,16	➔ 0,2916
02468700	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	29,16	➔ 0,2916
02247008	<i>Teva-Pravastatin</i>	Novopharm	30	8,75	➔ 0,2916
			100	29,16	➔ 0,2916

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	PPB
02440652	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	34,40	➡ 0,3440
02248183	<i>ACT Pravastatin</i>	ActavisPhm	100	34,40	➡ 0,3440
02476150	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	34,40	➡ 0,3440
02243507	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02458985	<i>Auro-Pravastatin</i>	Aurobindo	100	34,40	➡ 0,3440
02446278	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	34,40	➡ 0,3440
			500	172,00	➡ 0,3440
02330962	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02432056	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	34,40	➡ 0,3440
02317478	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02476282	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02247656	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	34,40	➡ 0,3440
00893757	<i>Pravachol</i>	B.M.S.	90	30,96	➡ 0,3440
02356554	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02389738	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02243825	<i>Pravastatin-20</i>	Pro Doc	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02445395	<i>Priva-Pravastatin</i>	Pharmapar	100	34,40	➡ 0,3440
			500	172,00	➡ 0,3440
02284448	<i>Ran-Pravastatin</i>	Ranbaxy	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440
02468719	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	34,40	➡ 0,3440
02247009	<i>Teva-Pravastatin</i>	Novopharm	30	10,32	➡ 0,3440
			100	34,40	➡ 0,3440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02440660	<i>ACH-Pravastatin</i>	Accord	100	41,43	➔ 0,4143
02248184	<i>ACT Pravastatin</i>	ActavisPhm	100	41,43	➔ 0,4143
02476169	<i>AG-Pravastatin</i>	Angita	100	41,43	➔ 0,4143
02243508	<i>Apo-Pravastatin</i>	Apotex	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02458993	<i>Auro-Pravastatin</i>	Aurobindo	100	41,43	➔ 0,4143
02446286	<i>Bio-Pravastatin</i>	Biomed	100	41,43	➔ 0,4143
			500	207,15	➔ 0,4143
02330970	<i>Jamp-Pravastatin</i>	Jamp	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02432064	<i>Mar-Pravastatin</i>	Marcan	100	41,43	➔ 0,4143
02317486	<i>Mint-Pravastatin</i>	Mint	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02476290	<i>M-Pravastatin</i>	Mantra Ph.	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02247657	<i>pms-Pravastatin</i>	Phmscience	100	41,43	➔ 0,4143
02222051	<i>Pravachol</i>	B.M.S.	90	37,29	➔ 0,4143
02356562	<i>Pravastatin</i>	Sanis	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02389746	<i>Pravastatin</i>	Sivem	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02243826	<i>Pravastatin-40</i>	Pro Doc	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02445409	<i>Priva-Pravastatin</i>	Pharmapar	100	41,43	➔ 0,4143
			500	207,15	➔ 0,4143
02284456	<i>Ran-Pravastatin</i>	Ranbaxy	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143
02468727	<i>Sandoz Pravastatin</i>	Sandoz	100	41,43	➔ 0,4143
02247010	<i>Teva-Pravastatin</i>	Novopharm	30	12,43	➔ 0,4143
			100	41,43	➔ 0,4143

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ROSUVASTATINE CALCIQUE

Co.

 5 mg **PPB**

02438917	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	11,55	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02477033	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	12,83	➔	0,1283
02500132	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	3,85	➔	0,1283
02337975	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02442574	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	Aurobindo	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02444968	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	100	12,83	➔	0,1283
02339765	<i>Co Rosuvastatin</i>	Cobalt	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02265540	<i>Crestor</i>	AZC	30	38,70		1,2900
02498332	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02391252	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	12,83	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02413051	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	100	12,83	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02399164	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	30	3,85	➔	0,1283
			100	12,84	➔	0,1284
02397781	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	12,83	➔	0,1283
02496534	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	500	64,20	➔	0,1284
02477483	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	64,20	➔	0,1284
02378523	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02445417	<i>Priva-Rosuvastatin</i>	Pharmapar	100	12,83	➔	0,1283
02382644	<i>Ran-Rosuvastatin</i>	Ranbaxy	100	12,83	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02380013	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	3,85	➔	0,1283
			100	12,84	➔	0,1284
02496054	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	64,20	➔	0,1284
02381176	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	3,85	➔	0,1283
			100	12,84	➔	0,1284
02405628	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	100	12,83	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02411628	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02338726	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284
02354608	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	3,85	➔	0,1283
			500	64,20	➔	0,1284

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	PPB
02438925	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	12,18	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02477041	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	13,53	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02500140	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	4,06	➔ 0,1353
02337983	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02442582	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	Aurobindo	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02444976	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	100	13,53	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02339773	<i>Co Rosuvastatin</i>	Cobalt	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02247162	<i>Crestor</i>	AZC	30	40,80	1,3600
02498340	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02391260	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	13,53	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02413078	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	100	13,53	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02399172	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	30	4,06	➔ 0,1353
			100	13,54	➔ 0,1354
02397803	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	13,53	➔ 0,1353
02496542	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	500	67,70	➔ 0,1354
02477491	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	67,70	➔ 0,1354
02378531	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02445425	<i>Priva-Rosuvastatin</i>	Pharmapar	100	13,53	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02382652	<i>Ran-Rosuvastatin</i>	Ranbaxy	100	13,53	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02380056	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	4,06	➔ 0,1353
			100	13,54	➔ 0,1354
02496089	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	67,70	➔ 0,1354
02381184	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02405636	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	67,70	➔ 0,1354
02411636	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02338734	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354
02354616	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	4,06	➔ 0,1353
			500	67,70	➔ 0,1354

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	PPB
02438933	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	15,23	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02477068	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	16,92	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02500159	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	5,08	➔ 0,1692
02337991	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02442590	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	Aurobindo	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02444984	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	100	16,92	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02339781	<i>Co Rosuvastatin</i>	Cobalt	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02247163	<i>Crestor</i>	AZC	30	51,00	1,7000
02498359	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02391279	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	16,92	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02413086	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	100	16,92	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02399180	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	30	5,08	➔ 0,1692
			100	16,92	➔ 0,1692
02397811	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	16,92	➔ 0,1692
02496550	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	500	84,60	➔ 0,1692
02477505	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	84,60	➔ 0,1692
02378558	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02445433	<i>Priva-Rosuvastatin</i>	Pharmapar	100	16,92	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02382660	<i>Ran-Rosuvastatin</i>	Ranbaxy	100	16,92	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02380064	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	5,08	➔ 0,1692
			100	16,92	➔ 0,1692
02496070	<i>Rosuvastatin</i>	Nora	500	84,60	➔ 0,1692
02381192	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,08	➔ 0,1692
			100	16,92	➔ 0,1692
02405644	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	500	84,60	➔ 0,1692
02411644	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02338742	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692
02354624	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	5,08	➔ 0,1692
			500	84,60	➔ 0,1692

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02438941	<i>ACH-Rosuvastatin</i>	Accord	90	17,91	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02477076	<i>AG-Rosuvastatin</i>	Angita	100	19,90	➔ 0,1990
02500167	<i>AG-Rosuvastatin Calcium</i>	Angita	30	5,97	➔ 0,1990
02338009	<i>Apo-Rosuvastatin</i>	Apotex	30	5,97	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02442604	<i>Auro-Rosuvastatin</i>	Aurobindo	30	5,97	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02444992	<i>Bio-Rosuvastatin</i>	Biomed	100	19,90	➔ 0,1990
02339803	<i>Co Rosuvastatin</i>	Cobalt	30	5,97	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02247164	<i>Crestor</i>	AZC	30	59,70	1,9900
02498367	<i>Jamp Rosuvastatin Calcium</i>	Jamp	30	5,97	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02391287	<i>Jamp-Rosuvastatin</i>	Jamp	100	19,90	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02413108	<i>Mar-Rosuvastatin</i>	Marcan	100	19,90	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02399199	<i>Med-Rosuvastatin</i>	GMP	30	5,97	➔ 0,1990
			100	19,90	➔ 0,1990
02397838	<i>Mint-Rosuvastatin</i>	Mint	100	19,90	➔ 0,1990
02496569	<i>M-Rosuvastatin</i>	Mantra Ph.	100	19,90	➔ 0,1990
02477513	<i>NRA-Rosuvastatin</i>	Nora	500	99,50	➔ 0,1990
02378566	<i>pms-Rosuvastatin</i>	Phmscience	30	5,97	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02382679	<i>Ran-Rosuvastatin</i>	Ranbaxy	100	19,90	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02380102	<i>Riva-Rosuvastatin</i>	Riva	30	5,97	➔ 0,1990
			100	19,90	➔ 0,1990
02381206	<i>Rosuvastatin</i>	Pro Doc	30	5,97	➔ 0,1990
			100	19,90	➔ 0,1990
02405652	<i>Rosuvastatin</i>	Sanis	100	19,90	➔ 0,1990
02411652	<i>Rosuvastatin</i>	Sivem	30	5,97	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990
02338750	<i>Sandoz Rosuvastatin</i>	Sandoz	30	5,97	➔ 0,1990
			100	19,90	➔ 0,1990
02354632	<i>Teva Rosuvastatin</i>	Teva Can	30	5,97	➔ 0,1990
			500	99,50	➔ 0,1990

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SIMVASTATINE 

Co.				5 mg	PPB	
02248103	<i>ACT Simvastatin</i>	ActavisPhm	100	10,23	➔	0,1023
02480050	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	10,23	➔	0,1023
02247011	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	100	10,23	➔	0,1023
02405148	<i>Auro-Simvastatin</i>	Aurobindo	100	10,23	➔	0,1023
02375591	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	100	10,23	➔	0,1023
02375036	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	10,23	➔	0,1023
02372932	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	10,23	➔	0,1023
02469979	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	30	3,07	➔	0,1023
			100	10,23	➔	0,1023
02269252	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	30	3,07	➔	0,1023
			100	10,23	➔	0,1023
02329131	<i>Ran-Simvastatin</i>	Ranbaxy	100	10,23	➔	0,1023
+ 02284723	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	10,23	➔	0,1023
02386291	<i>Simvastatin</i>	Sivem	100	10,23	➔	0,1023
02250144	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	3,07	➔	0,1023
			100	10,23	➔	0,1023

Co.				10 mg	PPB	
02248104	<i>ACT Simvastatin</i>	ActavisPhm	30	6,07	➔	0,2023
			500	101,15	➔	0,2023
02480069	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	20,23	➔	0,2023
02247012	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	6,07	➔	0,2023
			100	20,23	➔	0,2023
02405156	<i>Auro-Simvastatin</i>	Aurobindo	100	20,23	➔	0,2023
			500	101,15	➔	0,2023
02484455	<i>Bio-Simvastatin</i>	Biomed	100	20,23	➔	0,2023
			500	101,15	➔	0,2023
02375605	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	6,07	➔	0,2023
			500	101,15	➔	0,2023
02375044	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	20,23	➔	0,2023
			500	101,15	➔	0,2023
02372940	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	20,23	➔	0,2023
02250152	<i>Novo-Simvastatin</i>	Novopharm	30	6,07	➔	0,2023
			500	101,15	➔	0,2023
02469987	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	20,23	➔	0,2023
02269260	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	30	6,07	➔	0,2023
			100	20,23	➔	0,2023
02485745	<i>Priva-Simvastatin</i>	Pharmapar	100	20,23	➔	0,2023
02329158	<i>Ran-Simvastatin</i>	Ranbaxy	30	6,07	➔	0,2023
			100	20,23	➔	0,2023
+ 02284731	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	20,23	➔	0,2023
02386305	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	6,07	➔	0,2023
			100	20,23	➔	0,2023
02247221	<i>Simvastatin-10</i>	Pro Doc	30	6,07	➔	0,2023
			100	20,23	➔	0,2023
00884332	<i>Zocor</i>	Merck	28	54,41		1,9432

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg PPB	
02248105	<i>ACT Simvastatin</i>	ActavisPhm	30	7,50	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02480077	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,01	➔ 0,2501
02247013	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02405164	<i>Auro-Simvastatin</i>	Aurobindo	100	25,01	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02484463	<i>Bio-Simvastatin</i>	Biomed	100	25,01	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02375613	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	7,50	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02375052	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,01	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02372959	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,01	➔ 0,2501
02250160	<i>Novo-Simvastatin</i>	Novopharm	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02469995	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02269279	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02485753	<i>Priva-Simvastatin</i>	Pharmapar	100	25,01	➔ 0,2501
02329166	<i>Ran-Simvastatin</i>	Ranbaxy	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
+ 02284758	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,01	➔ 0,2501
02386313	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02247222	<i>Simvastatin-20</i>	Pro Doc	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
00884340	<i>Zocor</i>	Merck	28	67,71	2,4182

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02248106	<i>ACT Simvastatin</i>	ActavisPhm	30	7,50	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02480085	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,01	➔ 0,2501
02247014	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02405172	<i>Auro-Simvastatin</i>	Aurobindo	100	25,01	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02484471	<i>Bio-Simvastatin</i>	Biomed	100	25,01	➔ 0,2501
02375621	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	30	7,50	➔ 0,2501
			500	125,05	➔ 0,2501
02375060	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,01	➔ 0,2501
02372967	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,01	➔ 0,2501
02470004	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	100	25,01	➔ 0,2501
02269287	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02485761	<i>Priva-Simvastatin</i>	Pharmapar	100	25,01	➔ 0,2501
02329174	<i>Ran-Simvastatin</i>	Ranbaxy	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
+ 02284766	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,01	➔ 0,2501
02386321	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02247223	<i>Simvastatin-40</i>	Pro Doc	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02250179	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
00884359	<i>Zocor</i>	Merck	28	67,71	2,4182

Co.			80 mg PPB		
02248107	<i>ACT Simvastatin</i>	ActavisPhm	100	25,00	➔ 0,2500
02480093	<i>AG-Simvastatin</i>	Angita	100	25,00	➔ 0,2500
02247015	<i>Apo-Simvastatin</i>	Apotex	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500
02405180	<i>Auro-Simvastatin</i>	Aurobindo	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500
02375648	<i>Jamp-Simvastatin</i>	Jamp	100	25,00	➔ 0,2500
02375079	<i>Mar-Simvastatin</i>	Marcan	100	25,00	➔ 0,2500
02372975	<i>Mint-Simvastatin</i>	Mint	100	25,00	➔ 0,2500
02470012	<i>Pharma-Simvastatin</i>	Phmscience	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500
02269295	<i>pms-Simvastatin</i>	Phmscience	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500
02329182	<i>Ran-Simvastatin</i>	Ranbaxy	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500
02247224	<i>Simvastatin</i>	Pro Doc	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500
+ 02284774	<i>Simvastatin</i>	Sanis	100	25,00	➔ 0,2500
02386348	<i>Simvastatin</i>	Sivem	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500
02250187	<i>Teva-Simvastatin</i>	Teva Can	30	7,50	➔ 0,2500
			100	25,00	➔ 0,2500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:06.92
HYPOLIPÉMIANTS DIVERS
NIACINE

Co.			500 mg PPB		
00557412	<i>Jamp-Niacine</i>	Jamp	100	4,50 ➡	0,0450
			500	22,50 ➡	0,0450
01939130	<i>Niacine</i>	Odan	100	7,50	0,0750

24:08.16
AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES
CLONIDINE (CHLORHYDRATE DE) [R]

Co.			0,1 mg PPB		
02462192	<i>Mint-Clonidine</i>	Mint	100	10,01 ➡	0,1001
02046121	<i>Teva-Clonidine</i>	Teva Can	100	10,01 ➡	0,1001

Co.			0,2 mg PPB		
02462206	<i>Mint-Clonidine</i>	Mint	100	17,85 ➡	0,1785
02046148	<i>Teva-Clonidine</i>	Teva Can	100	17,85 ➡	0,1785

MÉTHYLDOPA [R]

Co.			125 mg		
00360252	<i>Méthyl dopa</i>	AA Pharma	100	9,89	0,0989

Co.			250 mg		
00360260	<i>Méthyl dopa</i>	AA Pharma	100	14,33	0,1433

Co.			500 mg		
00426830	<i>Méthyl dopa</i>	AA Pharma	100	25,37	0,2537

24:08.20
VASODILATEURS À ACTION DIRECTE
DIAZOXIDE [R]

Caps.			100 mg		
00503347	<i>Proglycem</i>	Merck	100	161,41	1,6141

HYDRALAZINE (CHLORHYDRATE D') [R]

Co.			10 mg PPB		
00441619	<i>Apo-Hydralazine</i>	Apotex	100	3,55 ➡	0,0355
02457865	<i>Jamp-Hydralazine</i>	Jamp	100	3,55 ➡	0,0355
02468778	<i>Mint-Hydralazine</i>	Mint	100	3,55 ➡	0,0355

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				25 mg PPB	
00441627	<i>Apo-Hydralazine</i>	Apotex	100	6,09 ➡	0,0609
02457873	<i>Jamp-Hydralazine</i>	Jamp	100	6,09 ➡	0,0609
02468786	<i>Mint-Hydralazine</i>	Mint	100	6,09 ➡	0,0609

MINOXIDIL

Co.				2,5 mg	
00514497	<i>Loniten</i>	Pfizer	100	33,30	0,3330

Co.				10 mg	
00514500	<i>Loniten</i>	Pfizer	100	73,42	0,7342

24:12.08

NITRATES ET NITRITES

DINITRATE D'ISOSORBIDE

Co.				10 mg	
00441686	<i>Isdn</i>	AA Pharma	100	3,65	0,0365

Co.				30 mg	
00441694	<i>Isdn</i>	AA Pharma	100	8,57	0,0857

Co. S-Ling.				5 mg	
00670944	<i>Isdn</i>	AA Pharma	100	6,21	0,0621

ISOSORBIDE-5-MONONITRATE

Co. L.A.				60 mg PPB	
02272830	<i>Apo-ISMN</i>	Apotex	100	35,23 ➡	0,3523
02126559	<i>Imdur</i>	AZC	30	20,55	0,6850
			100	68,50	0,6850
02301288	<i>pms-ISMN</i>	Phmscience	30	10,57 ➡	0,3523
			100	35,23 ➡	0,3523
02311321	<i>Pro-ISMN-60</i>	Pro Doc	100	35,23 ➡	0,3523

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE

Pulv. S.- Ling.				0,4 mg PPB	
02243588	<i>Mylan-Nitro SL Spray</i>	Mylan	200 dose(s) ➡	8,42	
02231441	<i>Nitrolingual Pompe</i>	SanofiAven	200 dose(s)	13,37	
02238998	<i>Rho-Nitro</i>	Sandoz	200 dose(s) ➡	8,42	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Timbre cut.			0,2 mg/h PPB		
02162806	<i>Minitran</i>	Valeant	30	13,39	➔ 0,4463
02407442	<i>Mylan-Nitro Patch 0.2</i>	Mylan	30	13,39	➔ 0,4463
01911910	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	13,39	➔ 0,4463
00584223	<i>Transderm-Nitro</i>	Novartis	30	18,77	0,6257
02230732	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	13,39	➔ 0,4463

Timbre cut.			0,4 mg/h PPB		
02163527	<i>Minitran</i>	Valeant	30	14,11	➔ 0,4703
02407450	<i>Mylan-Nitro Patch 0.4</i>	Mylan	30	14,11	➔ 0,4703
01911902	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	14,11	➔ 0,4703
00852384	<i>Transderm-Nitro</i>	Novartis	30	21,20	0,7067
02230733	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	14,11	➔ 0,4703

Timbre cut.			0,6 mg/h PPB		
02163535	<i>Minitran</i>	Valeant	30	14,11	➔ 0,4703
02407469	<i>Mylan-Nitro Patch 0.6</i>	Mylan	30	14,11	➔ 0,4703
01911929	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	14,11	➔ 0,4703
02046156	<i>Transderm-Nitro</i>	Novartis	30	21,20	0,7067
02230734	<i>Trinipatch</i>	Paladin	30	14,11	➔ 0,4703

Timbre cut.			0,8 mg/h PPB		
02407477	<i>Mylan-Nitro Patch 0.8</i>	Mylan	30	26,23	➔ 0,8743
02011271	<i>Nitro-Dur</i>	Dr Reddy's	30	26,23	➔ 0,8743

TRINITRATE DE GLYCÉRYLE (STABILISÉ)

Co. S-Ling.			0,3 mg		
00037613	<i>Nitrostat</i>	Upjohn	100	3,37	

Co. S-Ling.			0,6 mg		
00037621	<i>Nitrostat</i>	Upjohn	100	3,52	

24:20 BLOQUANTS ALPHA-ADRÉNERGIQUES

DOXAZOSINE (MÉSYLATE DE)

Co.			1 mg PPB		
02240588	<i>Apo-Doxazosin</i>	Apotex	100	14,16	➔ 0,1416
02489937	<i>Jamp-Doxazosin</i>	Jamp	100	14,16	➔ 0,1416
02242728	<i>Novo-Doxazosin</i>	Novopharm	100	14,16	➔ 0,1416

Co.			2 mg PPB		
02240589	<i>Apo-Doxazosin</i>	Apotex	100	16,99	➔ 0,1699
02489945	<i>Jamp-Doxazosin</i>	Jamp	100	16,99	➔ 0,1699
02242729	<i>Novo-Doxazosin</i>	Novopharm	100	16,99	➔ 0,1699

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				4 mg PPB	
02240590	<i>Apo-Doxazosin</i>	Apotex	100	22,09 ➡	0,2209
02489953	<i>Jamp-Doxazosin</i>	Jamp	100	22,09 ➡	0,2209
02242730	<i>Novo-Doxazosin</i>	Novopharm	100	22,09 ➡	0,2209

PRAZOSIN (CHLORHYDRATE DE) 

Co.				1 mg	
01934198	<i>Novo-Prazin</i>	Novopharm	100	13,71	0,1371

Co.				2 mg	
01934201	<i>Novo-Prazin</i>	Novopharm	100	18,62	0,1862

Co.				5 mg	
01934228	<i>Novo-Prazin</i>	Novopharm	100	25,60	0,2560

TÉRAZOSINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.				1 mg PPB	
02234502	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	18,35 ➡	0,1835
02243518	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	18,35 ➡	0,1835
02218941	<i>ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	18,35 ➡	0,1835
02350475	<i>Terazosin</i>	Sanis	100	18,35 ➡	0,1835
02230805	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100	18,35 ➡	0,1835

Co.				2 mg PPB	
02234503	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	23,33 ➡	0,2333
02243519	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	23,33 ➡	0,2333
02218968	<i>ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	23,33 ➡	0,2333
02350483	<i>Terazosin</i>	Sanis	100	23,33 ➡	0,2333
02237477	<i>Terazosin-2</i>	Pro Doc	100	23,33 ➡	0,2333
02230806	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100	23,33 ➡	0,2333

Co.				5 mg PPB	
02234504	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	31,68 ➡	0,3168
02243520	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	31,68 ➡	0,3168
02218976	<i>ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	31,68 ➡	0,3168
02350491	<i>Terazosin</i>	Sanis	100	31,68 ➡	0,3168
02237478	<i>Terazosin-5</i>	Pro Doc	100	31,68 ➡	0,3168
02230807	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100	31,68 ➡	0,3168

Co.				10 mg PPB	
02234505	<i>Apo-Terazosin</i>	Apotex	100	46,37 ➡	0,4637
02243521	<i>pms-Terazosin</i>	Phmscience	100	46,37 ➡	0,4637
02218984	<i>ratio-Terazosin</i>	Ratiopharm	100	46,37 ➡	0,4637
02350505	<i>Terazosin</i>	Sanis	100	46,37 ➡	0,4637
02230808	<i>Teva-Terazosin</i>	Teva Can	100	46,37 ➡	0,4637

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:24
BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES
ACÉBUTOLOL (CHLORHYDRATE D') 

Co.		100 mg PPB			
02164396	<i>Acebutolol-100</i>	Pro Doc	100	7,87	➔ 0,0787
02147602	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	7,87	➔ 0,0787
			500	39,33	➔ 0,0787
02204517	<i>Novo-Acebutolol</i>	Novopharm	100	7,87	➔ 0,0787

Co.		200 mg PPB			
02164418	<i>Acebutolol-200</i>	Pro Doc	100	11,77	➔ 0,1177
02147610	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	11,77	➔ 0,1177
			500	58,85	➔ 0,1177
02204525	<i>Novo-Acebutolol</i>	Novopharm	100	11,77	➔ 0,1177
01926551	<i>Sectral</i>	SanofiAven	100	45,02	0,4502

Co.		400 mg PPB			
02164426	<i>Acebutolol-400</i>	Pro Doc	100	24,66	➔ 0,2466
02147629	<i>Apo-Acébutolol</i>	Apotex	100	24,66	➔ 0,2466
02204533	<i>Novo-Acebutolol</i>	Novopharm	100	24,66	➔ 0,2466

ATÉNOLOL 

Co.		25 mg PPB			
02369176	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	5,21	➔ 0,0521
02326701	<i>Atenolol</i>	Pro Doc	100	5,21	➔ 0,0521
			500	26,05	➔ 0,0521
02392194	<i>Bio-Atenolol</i>	Biomed	100	5,21	➔ 0,0521
02367556	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	100	5,21	➔ 0,0521
02371979	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	100	5,21	➔ 0,0521
			500	26,05	➔ 0,0521
02368013	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	100	5,21	➔ 0,0521
02246581	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	100	5,21	➔ 0,0521
			500	26,05	➔ 0,0521
02373963	<i>Ran-Atenolol</i>	Ranbaxy	100	5,21	➔ 0,0521
02277379	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	100	5,21	➔ 0,0521
			500	26,05	➔ 0,0521
02368633	<i>Septa-Atenolol</i>	Septa	100	5,21	➔ 0,0521
02266660	<i>Teva-Atenol</i>	Teva Can	100	5,21	➔ 0,0521

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			50 mg PPB		
02255545	<i>ACT Atenolol</i>	ActavisPhm	100	11,07	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02369184	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	11,07	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
00773689	<i>Apo-Atenol</i>	Apotex	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02466465	<i>Atenolol</i>	Sanis	100	11,07	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02238316	<i>Atenolol</i>	Sivem	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
00828807	<i>Aténolol-50</i>	Pro Doc	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02392178	<i>Bio-Atenolol</i>	Biomed	30	3,32	➔ 0,1107
			100	11,07	➔ 0,1107
02367564	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02371987	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02368021	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02237600	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02267985	<i>Ran-Atenolol</i>	Ranbaxy	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02171791	<i>ratio-Atenolol</i>	Ratiopharm	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02242094	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02368641	<i>Septa-Atenolol</i>	Septa	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107
02039532	<i>Tenormin</i>	AZC	30	17,91	0,5970
01912062	<i>Teva-Atenol</i>	Teva Can	30	3,32	➔ 0,1107
			500	55,35	➔ 0,1107

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			100 mg PPB		
02255553	<i>ACT Atenolol</i>	ActavisPhm	100	18,21	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02369192	<i>AG-Atenolol</i>	Angita	100	18,21	➔ 0,1821
00773697	<i>Apo-Atenol</i>	Apotex	30	5,46	➔ 0,1821
			100	18,21	➔ 0,1821
02466473	<i>Atenolol</i>	Sanis	100	18,21	➔ 0,1821
02238318	<i>Atenolol</i>	Sivem	30	5,46	➔ 0,1821
			100	18,21	➔ 0,1821
00828793	<i>Aténolol-100</i>	Pro Doc	30	5,46	➔ 0,1821
			100	18,21	➔ 0,1821
02392186	<i>Bio-Atenolol</i>	Biomed	30	5,46	➔ 0,1821
			100	18,21	➔ 0,1821
02367572	<i>Jamp-Atenolol</i>	Jamp	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02371995	<i>Mar-Atenolol</i>	Marcan	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02368048	<i>Mint-Atenol</i>	Mint	30	5,46	➔ 0,1821
			100	18,21	➔ 0,1821
02237601	<i>pms-Atenolol</i>	Phmscience	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02267993	<i>Ran-Atenolol</i>	Ranbaxy	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02171805	<i>ratio-Atenolol</i>	Ratiopharm	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02242093	<i>Riva-Atenolol</i>	Riva	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02368668	<i>Septa-Atenolol</i>	Septa	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821
02039540	<i>Tenormin</i>	AZC	30	29,44	0,9813
01912054	<i>Teva-Atenol</i>	Teva Can	30	5,46	➔ 0,1821
			500	91,05	➔ 0,1821

BISOPROLOL (FUMARATE DE)

Co.			5 mg PPB		
02256134	<i>Apo-Bisoprolol</i>	Apotex	100	7,15	➔ 0,0715
02391589	<i>Bisoprolol</i>	Sanis	100	7,15	➔ 0,0715
02383055	<i>Bisoprolol</i>	Sivem	100	7,15	➔ 0,0715
02495562	<i>Bisoprolol</i>	Sivem	100	7,15	➔ 0,0715
02465612	<i>Mint-Bisoprolol</i>	Mint	100	7,15	➔ 0,0715
02267470	<i>Novo-Bisoprolol</i>	Novopharm	100	7,15	➔ 0,0715
02302632	<i>pms-Bisoprolol</i>	Phmscience	100	7,15	➔ 0,0715
02306999	<i>Pro-Bisoprolol-5</i>	Pro Doc	100	7,15	➔ 0,0715
02471264	<i>Riva-Bisoprolol</i>	Riva	100	7,15	➔ 0,0715
02247439	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	7,15	➔ 0,0715
02494035	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	7,15	➔ 0,0715

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			10 mg PPB		
02256177	<i>Apo-Bisoprolol</i>	Apotex	100	10,44	➔ 0,1044
02391597	<i>Bisoprolol</i>	Sanis	100	10,44	➔ 0,1044
02383063	<i>Bisoprolol</i>	Sivem	100	10,44	➔ 0,1044
02495570	<i>Bisoprolol</i>	Sivem	100	10,44	➔ 0,1044
02465620	<i>Mint-Bisoprolol</i>	Mint	100	10,44	➔ 0,1044
02267489	<i>Novo-Bisoprolol</i>	Novopharm	100	10,44	➔ 0,1044
02302640	<i>pms-Bisoprolol</i>	Phmscience	100	10,44	➔ 0,1044
02307006	<i>Pro-Bisoprolol-10</i>	Pro Doc	100	10,44	➔ 0,1044
02471272	<i>Riva-Bisoprolol</i>	Riva	100	10,44	➔ 0,1044
02247440	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	10,44	➔ 0,1044
02494043	<i>Sandoz Bisoprolol</i>	Sandoz	100	10,44	➔ 0,1044

CARVÉDILOL 					
Co.			3,125 mg PPB		
02247933	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	24,31	➔ 0,2431
02418495	<i>Auro-Carvédilol</i>	Aurobindo	100	24,31	➔ 0,2431
			1000	243,10	➔ 0,2431
02324504	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	24,31	➔ 0,2431
02364913	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	24,31	➔ 0,2431
02248752	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	24,31	➔ 0,2431
02368897	<i>Jamp-Carvédilol</i>	Jamp	100	24,31	➔ 0,2431
02245914	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	24,31	➔ 0,2431
02268027	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	24,31	➔ 0,2431
02252309	<i>ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	24,31	➔ 0,2431

Co.			6,25 mg PPB		
02247934	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	24,31	➔ 0,2431
02418509	<i>Auro-Carvédilol</i>	Aurobindo	100	24,31	➔ 0,2431
			1000	243,10	➔ 0,2431
02324512	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	24,31	➔ 0,2431
02364921	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	24,31	➔ 0,2431
02248753	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	24,31	➔ 0,2431
02368900	<i>Jamp-Carvédilol</i>	Jamp	100	24,31	➔ 0,2431
02245915	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	24,31	➔ 0,2431
02268035	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	24,31	➔ 0,2431
02252317	<i>ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	24,31	➔ 0,2431

Co.			12,5 mg PPB		
02247935	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	24,31	➔ 0,2431
02418517	<i>Auro-Carvédilol</i>	Aurobindo	100	24,31	➔ 0,2431
			1000	243,10	➔ 0,2431
02324520	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	24,31	➔ 0,2431
02364948	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	24,31	➔ 0,2431
02248754	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	24,31	➔ 0,2431
02368919	<i>Jamp-Carvédilol</i>	Jamp	100	24,31	➔ 0,2431
02245916	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	24,31	➔ 0,2431
02268043	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	24,31	➔ 0,2431
02252325	<i>ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	24,31	➔ 0,2431

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			25 mg PPB		
02247936	<i>Apo-Carvédilol</i>	Apotex	100	24,31	➔ 0,2431
02418525	<i>Auro-Carvédilol</i>	Aurobindo	100	24,31	➔ 0,2431
			1000	243,10	➔ 0,2431
02324539	<i>Carvedilol</i>	Pro Doc	100	24,31	➔ 0,2431
02364956	<i>Carvedilol</i>	Sanis	100	24,31	➔ 0,2431
02248755	<i>Carvedilol</i>	Sivem	100	24,31	➔ 0,2431
02368927	<i>Jamp-Carvédilol</i>	Jamp	100	24,31	➔ 0,2431
02245917	<i>pms-Carvédilol</i>	Phmscience	100	24,31	➔ 0,2431
02268051	<i>Ran-Carvédilol</i>	Ranbaxy	100	24,31	➔ 0,2431
02252333	<i>ratio-Carvédilol</i>	Ratiopharm	100	24,31	➔ 0,2431

LABETALOL (CHLORHYDRATE DE)

Co.			100 mg PPB		
02243538	<i>Apo-Labetalol</i>	Apotex	100	19,83	➔ 0,1983
02489406	<i>Riva-Labetalol</i>	Riva	100	19,83	➔ 0,1983
02106272	<i>Trandate</i>	Paladin	100	26,00	0,2600

Co.			200 mg PPB		
02243539	<i>Apo-Labetalol</i>	Apotex	100	35,04	➔ 0,3504
02489414	<i>Riva-Labetalol</i>	Riva	100	35,04	➔ 0,3504
02106280	<i>Trandate</i>	Paladin	100	45,95	0,4595

MÉTOPROLOL (TARTRATE DE)

Co.			25 mg PPB		
02481308	<i>AG-Metoprolol-L</i>	Angita	100	6,43	➔ 0,0643
			500	32,15	➔ 0,0643
02246010	<i>Apo-Metoprolol</i>	Apotex	100	6,43	➔ 0,0643
			1000	64,30	➔ 0,0643
02356813	<i>Jamp-Metoprolol-L</i>	Jamp	100	6,43	➔ 0,0643
			500	32,15	➔ 0,0643
02296713	<i>Metoprolol-25</i>	Pro Doc	1000	64,30	➔ 0,0643
02442116	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	6,43	➔ 0,0643
			500	32,15	➔ 0,0643
02261898	<i>Novo-Metoprol</i>	Novopharm	100	6,43	➔ 0,0643
02248855	<i>pms-Metoprolol-L 25 mg</i>	Phmscience	100	6,43	➔ 0,0643
			500	32,15	➔ 0,0643
02315300	<i>Riva-Metoprolol-L</i>	Riva	100	6,43	➔ 0,0643
			500	32,15	➔ 0,0643

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. L.A.			50 mg / 100 mg L.A. PPB		
02481316	<i>AG-Metoprolol-L</i>	Angita	100	6,24	➔ 0,0624
			500	31,19	➔ 0,0624
00618632	<i>Apo-Metoprolol 50 mg</i>	Apotex	100	6,24	➔ 0,0624
			1000	62,38	➔ 0,0624
00749354	<i>Apo-Metoprolol L 50 mg</i>	Apotex	100	6,24	➔ 0,0624
			1000	62,38	➔ 0,0624
02356821	<i>Jamp-Metoprolol-L</i>	Jamp	100	6,24	➔ 0,0624
			500	31,19	➔ 0,0624
00658855	<i>Lopresor SR 100 mg</i>	Novartis	250	66,28	0,2651
02350394	<i>Metoprolol 50 mg</i>	Sanis	100	6,24	➔ 0,0624
			500	31,19	➔ 0,0624
02351404	<i>Metoprolol SR</i>	Pro Doc	100	12,48	➔ 0,1248
00648019	<i>Metoprolol-50</i>	Pro Doc	1000	62,38	➔ 0,0624
02442124	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	6,24	➔ 0,0624
			1000	62,38	➔ 0,0624
02230803	<i>pms-Metoprolol-L</i>	Phmscience	100	6,24	➔ 0,0624
			500	31,19	➔ 0,0624
02315319	<i>Riva-Metoprolol-L</i>	Riva	100	6,24	➔ 0,0624
			1000	62,38	➔ 0,0624
02354187	<i>Sandoz Metoprolol L 50</i>	Sandoz	100	6,24	➔ 0,0624
			500	31,19	➔ 0,0624
02303396	<i>Sandoz Metoprolol SR 100</i>	Sandoz	100	12,48	➔ 0,1248
00648035	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	6,24	➔ 0,0624
			500	31,19	➔ 0,0624
00842648	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	6,24	➔ 0,0624
			500	31,19	➔ 0,0624

Co. ou Co. L.A.			100 mg / 200 mg L.A. PPB		
02481324	<i>AG-Metoprolol-L</i>	Angita	100	12,50	➔ 0,1250
00618640	<i>Apo-Metoprolol 100 mg</i>	Apotex	100	12,50	➔ 0,1250
			1000	125,00	➔ 0,1250
00751170	<i>Apo-Metoprolol L 100 mg</i>	Apotex	100	12,50	➔ 0,1250
			1000	125,00	➔ 0,1250
02356848	<i>Jamp-Metoprolol-L</i>	Jamp	100	12,50	➔ 0,1250
			500	62,50	➔ 0,1250
00534560	<i>Lopresor SR 200 mg</i>	Novartis	100	48,12	0,4812
			250	120,28	0,4811
02350408	<i>Metoprolol 100 mg</i>	Sanis	100	12,50	➔ 0,1250
			500	62,50	➔ 0,1250
00648027	<i>Metoprolol-100</i>	Pro Doc	1000	125,00	➔ 0,1250
02442132	<i>Metoprolol-L</i>	Sivem	100	12,50	➔ 0,1250
			1000	125,00	➔ 0,1250
00842656	<i>Novo-Metoprol B 100 mg</i>	Novopharm	100	12,50	➔ 0,1250
			500	62,50	➔ 0,1250
02230804	<i>pms-Metoprolol-L</i>	Phmscience	100	12,50	➔ 0,1250
			500	62,50	➔ 0,1250
02315327	<i>Riva-Metoprolol-L</i>	Riva	100	12,50	➔ 0,1250
			1000	125,00	➔ 0,1250
02354195	<i>Sandoz Metoprolol L 100</i>	Sandoz	100	12,50	➔ 0,1250
			500	62,50	➔ 0,1250
02303418	<i>Sandoz Metoprolol SR 200</i>	Sandoz	100	24,99	➔ 0,2499
00648043	<i>Teva-Metoprolol</i>	Teva Can	100	12,50	➔ 0,1250
			500	62,50	➔ 0,1250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

NADOLOL 

Co.			40 mg PPB		
02496380	<i>Mint-Nadolol</i>	Mint	100	23,75 ➡	0,2375
00782505	<i>Nadolol</i>	Apotex	100	23,75 ➡	0,2375

Co.			80 mg PPB		
02496399	<i>Mint-Nadolol</i>	Mint	100	34,10 ➡	0,3410
00782467	<i>Nadolol</i>	Apotex	100	34,10 ➡	0,3410

PINDOLOL 

Co.			5 mg PPB		
00755877	<i>Apo-Pindol</i>	Apotex	100	13,61 ➡	0,1361
00869007	<i>Novo-Pindol</i>	Novopharm	100	13,61 ➡	0,1361
			500	68,03 ➡	0,1361
00417270	<i>Visken</i>	Aralez	100	45,71	0,4571

Co.			10 mg PPB		
00755885	<i>Apo-Pindol</i>	Apotex	100	23,23 ➡	0,2323
			500	116,17 ➡	0,2323
00869015	<i>Novo-Pindol</i>	Novopharm	100	23,23 ➡	0,2323
			500	116,17 ➡	0,2323
00443174	<i>Visken</i>	Aralez	100	78,06	0,7806

Co.			15 mg PPB		
00755893	<i>Apo-Pindol</i>	Apotex	100	33,70 ➡	0,3370
00869023	<i>Novo-Pindol</i>	Novopharm	100	33,70 ➡	0,3370
02231539	<i>pms-Pindolol</i>	Phmscience	100	33,70 ➡	0,3370

PINDOLOL / HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			10 mg -25 mg		
00568627	<i>Viskazide 10/25</i>	Aralez	105	80,28	0,7646

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			10 mg		
00496480	<i>Teva-Propranolol</i>	Teva Can	100	6,31	0,0631
			1000	63,10	0,0631

Co. ou Caps. L.A.			20 mg /60 mg L.A. PPB		
02042231	<i>Indéral L.A. 60 mg</i>	Pfizer	100	44,93	0,4493
00740675	<i>Novo-Pranol 20 mg</i>	Novopharm	100	2,77 ➡	0,0277
			500	13,84 ➡	0,0277

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. ou Caps. L.A.

40 mg / 80 mg / 120 mg L.A. **PPB**

02042266	<i>Indéral L.A. 120 mg</i>	Pfizer	100	78,02	0,7802
02042258	<i>Indéral L.A. 80 mg</i>	Pfizer	100	50,56	0,5056
00496499	<i>Teva-Propranolol</i>	Teva Can	100	11,42	➔ 0,1142
			1000	114,20	➔ 0,1142

Co. ou Caps. L.A.

80 mg / 160 mg L.A. **PPB**

02042274	<i>Indéral L.A. 160 mg</i>	Pfizer	100	92,27	0,9227
00496502	<i>Novo-Pranol 80 mg</i>	Novopharm	100	5,09	➔ 0,0509
			500	25,43	➔ 0,0509

SOTALOL (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

80 mg **PPB**

02210428	<i>Apo-Sotalol</i>	Apotex	100	29,66	➔ 0,2966
02368617	<i>Jamp-Sotalol</i>	Jamp	100	29,66	➔ 0,2966
			500	148,30	➔ 0,2966
02238326	<i>pms-Sotalol</i>	Phmscience	100	29,66	➔ 0,2966
			500	148,30	➔ 0,2966
02316528	<i>Pro-Sotalol</i>	Pro Doc	100	29,66	➔ 0,2966
02272164	<i>Riva-Sotalol</i>	Riva	100	29,66	➔ 0,2966

Co.

160 mg **PPB**

02167794	<i>Apo-Sotalol</i>	Apotex	100	16,23	➔ 0,1623
02368625	<i>Jamp-Sotalol</i>	Jamp	100	16,23	➔ 0,1623
			500	81,15	➔ 0,1623
02238327	<i>pms-Sotalol</i>	Phmscience	100	16,23	➔ 0,1623
02316536	<i>Pro-Sotalol</i>	Pro Doc	100	16,23	➔ 0,1623
02272172	<i>Riva-Sotalol</i>	Riva	100	16,23	➔ 0,1623

TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Co.

5 mg

00755842	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	16,49	0,1649
----------	--------------	-----------	-----	-------	--------

Co.

10 mg

00755850	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	25,72	0,2572
----------	--------------	-----------	-----	-------	--------

Co.

20 mg

00755869	<i>Timol</i>	AA Pharma	100	50,05	0,5005
----------	--------------	-----------	-----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

24:28.08

DIHYDROPYRIDINES

AMLODIPINE (BÉSYLATE D') 

Co.

2,5 mg **PPB**

02490781	<i>Amlodipine</i>	Altamed	100	7,67	➔	0,0767
02492199	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	7,67	➔	0,0767
02326795	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	100	7,67	➔	0,0767
02385783	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100	7,67	➔	0,0767
02419556	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100	7,67	➔	0,0767
02392127	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100	7,67	➔	0,0767
02297477	<i>Co Amlodipine</i>	Cobalt	100	7,67	➔	0,0767
02357186	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	30	2,30	➔	0,0767
			100	7,67	➔	0,0767
02468018	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	100	7,67	➔	0,0767
02371707	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcan	100	7,67	➔	0,0767
			500	38,35	➔	0,0767
02476452	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	100	7,67	➔	0,0767
02469022	<i>Pharma-Amlodipine</i>	Phmscience	100	7,67	➔	0,0767
02295148	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100	7,67	➔	0,0767
02444445	<i>Priva-Amlodipine</i>	Pharmapar	100	7,67	➔	0,0767
02398877	<i>Ran-Amlodipine</i>	Ranbaxy	100	7,67	➔	0,0767
02331489	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100	7,67	➔	0,0767
02330474	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100	7,67	➔	0,0767
02357704	<i>Septa-Amlodipine</i>	Septa	100	7,67	➔	0,0767
			500	38,35	➔	0,0767

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			5 mg PPB		
02490803	<i>Amlodipine</i>	Altamed	250	33,58	➔ 0,1343
02429217	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02326809	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	500	67,15	➔ 0,1343
02331284	<i>Amlodipine</i>	Sanis	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02385791	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02419564	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100	13,43	➔ 0,1343
			250	33,58	➔ 0,1343
02273373	<i>Apo-Amlodipine</i>	Apotex	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02397072	<i>Auro-Amlodipine</i>	Aurobindo	100	13,43	➔ 0,1343
			250	33,58	➔ 0,1343
02392135	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02297485	<i>Co Amlodipine</i>	Cobalt	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02357194	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02468026	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	500	67,15	➔ 0,1343
02371715	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcan	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02362651	<i>Mint-Amlodipine</i>	Mint	100	13,43	➔ 0,1343
			250	33,58	➔ 0,1343
02272113	<i>Mylan-Amlodipine</i>	Mylan	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
00878928	<i>Norvasc</i>	Upjohn	100	129,99	1,2999
			250	324,97	1,2999
02476460	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	250	33,58	➔ 0,1343
02469030	<i>Pharma-Amlodipine</i>	Phmscience	100	13,43	➔ 0,1343
			250	33,58	➔ 0,1343
02284065	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02444453	<i>Priva-Amlodipine</i>	Pharmapar	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02321858	<i>Ran-Amlodipine</i>	Ranbaxy	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02259605	<i>ratio-Amlodipine</i>	Ratiopharm	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02331497	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02284383	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02357712	<i>Septa-Amlodipine</i>	Septa	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02250497	<i>Teva-Amlodipine</i>	Teva Can	100	13,43	➔ 0,1343
			500	67,15	➔ 0,1343
02426986	<i>VAN-Amlodipine</i>	Vanc Phm	100	13,43	➔ 0,1343

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	PPB
02297493	<i>Act Amlodipine</i>	ActavisPhm	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02490811	<i>Amlodipine</i>	Altamed	250	49,83	➔ 0,1993
02429225	<i>Amlodipine</i>	Jamp	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02326817	<i>Amlodipine</i>	Pro Doc	500	99,65	➔ 0,1993
02331292	<i>Amlodipine</i>	Sanis	500	99,65	➔ 0,1993
02385805	<i>Amlodipine</i>	Sivem	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02419572	<i>Amlodipine Besylate</i>	Accord	100	19,93	➔ 0,1993
			250	49,83	➔ 0,1993
02273381	<i>Apo-Amlodipine</i>	Apotex	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02397080	<i>Auro-Amlodipine</i>	Aurobindo	100	19,93	➔ 0,1993
			250	49,83	➔ 0,1993
02392143	<i>Bio-Amlodipine</i>	Biomed	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02357208	<i>Jamp-Amlodipine</i>	Jamp	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02468034	<i>M-Amlodipine</i>	Mantra Ph.	500	99,65	➔ 0,1993
02371723	<i>Mar-Amlodipine</i>	Marcan	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02362678	<i>Mint-Amlodipine</i>	Mint	100	19,93	➔ 0,1993
			250	49,83	➔ 0,1993
02272121	<i>Mylan-Amlodipine</i>	Mylan	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
00878936	<i>Norvasc</i>	Upjohn	100	192,96	1,9296
			250	482,39	1,9296
02476479	<i>NRA-Amlodipine</i>	Nora	250	49,83	➔ 0,1993
02469049	<i>Pharma-Amlodipine</i>	Phmscience	100	19,93	➔ 0,1993
			250	49,83	➔ 0,1993
02284073	<i>pms-Amlodipine</i>	Phmscience	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02444461	<i>Priva-Amlodipine</i>	Pharmapar	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02321866	<i>Ran-Amlodipine</i>	Ranbaxy	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02259613	<i>ratio-Amlodipine</i>	Ratiopharm	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02331500	<i>Riva-Amlodipine</i>	Riva	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02284391	<i>Sandoz Amlodipine</i>	Sandoz	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02357720	<i>Septa-Amlodipine</i>	Septa	100	19,93	➔ 0,1993
			500	99,65	➔ 0,1993
02250500	<i>Teva-Amlodipine</i>	Teva Can	100	19,93	➔ 0,1993
			250	49,83	➔ 0,1993
02426994	<i>VAN-Amlodipine</i>	Vanc Phm	100	19,93	➔ 0,1993

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

AMLODIPINE (BÉSYLATE D')/ ATORVASTATINE CALCIQUE

Co.			5 mg - 10 mg PPB		
02411253	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	58,02	➔ 0,5802
02273233	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	67,96	0,7551
02404222	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	58,02	➔ 0,5802

Co.			5 mg - 20 mg PPB		
02411261	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	68,42	➔ 0,6842
02273241	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	77,32	0,8591
02404230	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	68,42	➔ 0,6842

Co.			5 mg - 40 mg PPB		
02411288	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➔ 0,7232
02273268	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	80,83	0,8981

Co.			5 mg - 80 mg PPB		
02411296	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	72,32	➔ 0,7232
02273276	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	80,83	0,8981

Co.			10 mg - 10 mg PPB		
02411318	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	61,25	➔ 0,6125
02273284	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	82,75	0,9194
02404249	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	61,25	➔ 0,6125

Co.			10 mg - 20 mg PPB		
02411326	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	76,36	➔ 0,7636
02273292	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	92,11	1,0234
02404257	<i>pms-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Phmscience	100	76,36	➔ 0,7636

Co.			10 mg - 40 mg PPB		
02411334	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➔ 0,8000
02273306	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	95,62	1,0624

Co.			10 mg - 80 mg PPB		
02411342	<i>Apo-Amlodipine-Atorvastatin</i>	Apotex	100	80,00	➔ 0,8000
02273314	<i>Caduet</i>	Upjohn	90	95,62	1,0624

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FÉLODIPINE

Co. L.A.			2,5 mg PPB		
02452367	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	40,50	➔ 0,4050
02057778	<i>Plendil</i>	AZC	30	15,27	➔ 0,5090

Co. L.A.			5 mg PPB		
02452375	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	33,98	➔ 0,3398
00851779	<i>Plendil</i>	AZC	30	20,40	➔ 0,6800
02280264	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	33,98	➔ 0,3398

Co. L.A.			10 mg PPB		
02452383	<i>Apo-Felodipine</i>	Apotex	100	50,98	➔ 0,5098
00851787	<i>Plendil</i>	AZC	30	30,62	➔ 1,0207
02280272	<i>Sandoz Felodipine</i>	Sandoz	100	50,98	➔ 0,5098

NIFÉDIPINE

Caps.			5 mg		
00725110	<i>Nifedipine</i>	AA Pharma	100	36,79	➔ 0,3679

Co. L.A. (24 h)			20 mg		
02237618	<i>Adalat XL</i>	Bayer	28	25,99	➔ 0,9282
			98	90,94	➔ 0,9280

Co. L.A. (24 h)			30 mg PPB		
02155907	<i>Adalat XL</i>	Bayer	28	17,28	➔ 0,6171
			98	60,48	➔ 0,6171
02349167	<i>Mylan-Nifedipine Extended Release</i>	Mylan	100	61,71	➔ 0,6171
02421631	<i>Nifedipine ER</i>	Pro Doc	30	18,51	➔ 0,6170
			100	61,71	➔ 0,6171
02418630	<i>pms-Nifedipine ER</i>	Phmscience	30	18,51	➔ 0,6170
			100	61,71	➔ 0,6171

Co. L.A. (24 h)			60 mg PPB		
02155990	<i>Adalat XL</i>	Bayer	28	26,25	➔ 0,9374
			98	91,87	➔ 0,9374
02321149	<i>Mylan-Nifedipine Extended Release</i>	Mylan	100	93,74	➔ 0,9374
02421658	<i>Nifedipine ER</i>	Pro Doc	30	28,12	➔ 0,9373
			100	93,74	➔ 0,9374
02416301	<i>pms-Nifedipine ER</i>	Phmscience	30	28,12	➔ 0,9373
			100	93,74	➔ 0,9374

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

NIMODIPINE 

Co.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
02325926	Nimotop	Bayer	100	988,00	9,8800

24:28.92

DIVERS BLOQUANTS DU CANAL CALCIQUE

DILTIAZEM (CHLORHYDRATE DE) 

Caps. L.A.

120 mg **PPB**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
02370441	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	21,33	0,2133
02325306	Diltiazem TZ	Pro Doc	100	21,33	0,2133
02495376	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	21,33	0,2133
02465353	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	21,33	0,2133
02271605	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	21,33	0,2133
02245918	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	21,33	0,2133
02231150	Tiazac	Valeant	100	83,49	0,8349

Caps. L.A.

180 mg **PPB**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
02370492	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	28,89	0,2889
02325314	Diltiazem TZ	Pro Doc	100	28,89	0,2889
02495384	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	28,89	0,2889
02465361	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	28,89	0,2889
02271613	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	28,89	0,2889
02245919	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	28,89	0,2889
			500	144,45	0,2889
02231151	Tiazac	Valeant	100	112,48	1,1248

Caps. L.A.

240 mg **PPB**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
02370506	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	38,32	0,3832
02325322	Diltiazem TZ	Pro Doc	100	38,32	0,3832
02495392	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	38,32	0,3832
02465388	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	38,32	0,3832
02271621	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	38,32	0,3832
02245920	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	38,32	0,3832
02231152	Tiazac	Valeant	100	149,20	1,4920

Caps. L.A.

300 mg **PPB**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
02370514	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	47,19	0,4719
02325330	Diltiazem TZ	Pro Doc	100	47,19	0,4719
02495406	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	47,19	0,4719
02465396	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	47,19	0,4719
02271648	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	47,19	0,4719
02245921	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	47,19	0,4719
			500	235,95	0,4719
02231154	Tiazac	Valeant	100	183,75	1,8375

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.			360 mg PPB		
02370522	ACT Diltiazem T	ActavisPhm	100	57,78	➡ 0,5778
02325349	Diltiazem TZ	Pro Doc	100	57,78	➡ 0,5778
02495414	Jamp Diltiazem T	Jamp	100	57,78	➡ 0,5778
02465418	Mar-Diltiazem T	Marcan	100	57,78	➡ 0,5778
02271656	Novo-Diltiazem HCl ER	Novopharm	100	57,78	➡ 0,5778
02245922	Sandoz Diltiazem T	Sandoz	100	57,78	➡ 0,5778
02231155	Tiazac	Valeant	100	224,97	2,2497

Caps. L.A. (24 h)			120 mg PPB		
02370611	ACT Diltiazem CD	ActavisPhm	100	35,29	➡ 0,3529
			500	176,45	➡ 0,3529
02230997	Apo-Diltiaz CD	Apotex	100	35,29	➡ 0,3529
			500	176,45	➡ 0,3529
02097249	Cardizem CD	Valeant	100	129,79	1,2979
02400421	Diltiazem CD	Sanis	100	35,29	➡ 0,3529
02445999	Diltiazem CD	Sivem	100	35,29	➡ 0,3529
02231472	Diltiazem-CD	Pro Doc	100	35,29	➡ 0,3529
02484064	Mar-Diltiazem CD	Marcan	100	35,29	➡ 0,3529
02242538	Novo-Diltiazem CD	Novopharm	100	35,29	➡ 0,3529
			500	176,45	➡ 0,3529
02355752	pms-Diltiazem CD	Phmscience	100	35,29	➡ 0,3529
			500	176,45	➡ 0,3529
02229781	ratio-Diltiazem CD	Ratiopharm	100	35,29	➡ 0,3529
			500	176,45	➡ 0,3529
02243338	Sandoz Diltiazem CD	Sandoz	100	35,29	➡ 0,3529

Caps. L.A. (24 h)			180 mg PPB		
02370638	ACT Diltiazem CD	ActavisPhm	100	46,84	➡ 0,4684
			500	234,20	➡ 0,4684
02230998	Apo-Diltiaz CD	Apotex	100	46,84	➡ 0,4684
			500	234,20	➡ 0,4684
02097257	Cardizem CD	Valeant	100	172,28	1,7228
02400448	Diltiazem CD	Sanis	100	46,84	➡ 0,4684
02446006	Diltiazem CD	Sivem	100	46,84	➡ 0,4684
02231474	Diltiazem-CD	Pro Doc	100	46,84	➡ 0,4684
02484072	Mar-Diltiazem CD	Marcan	100	46,84	➡ 0,4684
02242539	Novo-Diltiazem CD	Novopharm	100	46,84	➡ 0,4684
			500	234,20	➡ 0,4684
02355760	pms-Diltiazem CD	Phmscience	100	46,84	➡ 0,4684
			500	234,20	➡ 0,4684
02229782	ratio-Diltiazem CD	Ratiopharm	100	46,84	➡ 0,4684
			500	234,20	➡ 0,4684
02243339	Sandoz Diltiazem CD	Sandoz	100	46,84	➡ 0,4684

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)			240 mg PPB		
02370646	<i>ACT Diltiazem CD</i>	ActavisPhm	100	62,13	➔ 0,6213
			500	310,65	➔ 0,6213
02230999	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	100	62,13	➔ 0,6213
			500	310,65	➔ 0,6213
02097265	<i>Cardizem CD</i>	Valeant	100	228,51	2,2851
02400456	<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	100	62,13	➔ 0,6213
02446014	<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	100	62,13	➔ 0,6213
02231475	<i>Diltiazem-CD</i>	Pro Doc	100	62,13	➔ 0,6213
02484080	<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	100	62,13	➔ 0,6213
02242540	<i>Novo-Diltiazem CD</i>	Novopharm	100	62,13	➔ 0,6213
			500	310,65	➔ 0,6213
02355779	<i>pms-Diltiazem CD</i>	Phmscience	100	62,13	➔ 0,6213
			500	310,65	➔ 0,6213
02229783	<i>ratio-Diltiazem CD</i>	Ratiopharm	100	62,13	➔ 0,6213
			500	310,65	➔ 0,6213
02243340	<i>Sandoz Diltiazem CD</i>	Sandoz	100	62,13	➔ 0,6213
Caps. L.A. (24 h)			300 mg PPB		
02370654	<i>ACT Diltiazem CD</i>	ActavisPhm	100	77,66	➔ 0,7766
02229526	<i>Apo-Diltiaz CD</i>	Apotex	100	77,66	➔ 0,7766
02097273	<i>Cardizem CD</i>	Valeant	100	285,65	2,8565
02400464	<i>Diltiazem CD</i>	Sanis	100	77,66	➔ 0,7766
02446022	<i>Diltiazem CD</i>	Sivem	100	77,66	➔ 0,7766
02231057	<i>Diltiazem-CD</i>	Pro Doc	100	77,66	➔ 0,7766
02484099	<i>Mar-Diltiazem CD</i>	Marcan	100	77,66	➔ 0,7766
02355787	<i>pms-Diltiazem CD</i>	Phmscience	100	77,66	➔ 0,7766
02243341	<i>Sandoz Diltiazem CD</i>	Sandoz	100	77,66	➔ 0,7766
02242541	<i>Teva-Diltiazem CD</i>	Novopharm	100	77,66	➔ 0,7766
Co.			30 mg PPB		
00771376	<i>Diltiaz</i>	AA Pharma	100	18,66	➔ 0,1866
00862924	<i>Novo-Diltiazem</i>	Novopharm	100	18,66	➔ 0,1866
Co.			60 mg PPB		
00771384	<i>Diltiaz</i>	AA Pharma	100	32,73	➔ 0,3273
00862932	<i>Novo-Diltiazem</i>	Novopharm	100	32,73	➔ 0,3273
Co. L.A.			120 mg		
02256738	<i>Tiazac XC</i>	Valeant	90	71,39	0,7932
Co. L.A.			180 mg		
02256746	<i>Tiazac XC</i>	Valeant	90	94,85	1,0539
Co. L.A.			240 mg		
02256754	<i>Tiazac XC</i>	Valeant	90	126,07	1,4008

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				300 mg	
02256762	Tiazac XC	Valeant	90	125,82	1,3980

Co. L.A.				360 mg	
02256770	Tiazac XC	Valeant	90	126,07	1,4008

VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.				80 mg	PPB
00782483	Apo-Verap	Apotex	100	27,35	➔ 0,2735
02237921	Mylan-Verapamil	Mylan	100	27,35	➔ 0,2735

Co.				120 mg	PPB
00782491	Apo-Verap	Apotex	100	42,50	➔ 0,4250
02237922	Mylan-Verapamil	Mylan	100	42,50	➔ 0,4250

Co. L.A.				120 mg	PPB
02246893	Apo-Verap SR	Apotex	100	50,78	➔ 0,5078
01907123	Isoptin SR	BGP Pharma	100	101,78	➔ 1,0178
02210347	Mylan-Verapamil SR	Mylan	100	50,78	➔ 0,5078

Co. L.A.				180 mg	PPB
02246894	Apo-Verap SR	Apotex	100	52,04	➔ 0,5204
01934317	Isoptin SR	BGP Pharma	100	114,94	➔ 1,1494
02450488	Mylan-Verapamil SR	Mylan	100	52,04	➔ 0,5204

Co. L.A.				240 mg	PPB
02246895	Apo-Verap SR	Apotex	100	50,75	➔ 0,5075
			500	253,75	➔ 0,5075
00742554	Isoptin SR	BGP Pharma	100	153,25	➔ 1,5325
02450496	Mylan-Verapamil SR	Mylan	100	50,75	➔ 0,5075
			500	253,75	➔ 0,5075

24:32.04

INH. ENZYME CONVERSION DE L'ANGIOTENSINE (IECA)

BÉNÁZÉPRIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.				5 mg	
02290332	Benazepril	AA Pharma	100	55,77	0,5577

Co.				10 mg	
02290340	Benazepril	AA Pharma	100	65,95	0,6595

Co.				20 mg	
02273918	Benazepril	AA Pharma	100	75,67	0,7567

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CAPTOPRIL 

Co.			6,25 mg		
01999559	<i>Apo-Capto</i>	Apotex	100	12,37	0,1237

Co.			12,5 mg		
01942964	<i>Novo-Captopril</i>	Novopharm	100	10,60	0,1060

Co.			25 mg		
01942972	<i>Teva Captopril</i>	Novopharm	100	15,00	0,1500

Co.			50 mg		
01942980	<i>Teva-Captopril</i>	Novopharm	100	27,95	0,2795

Co.			100 mg		
01942999	<i>Novo-Captopril</i>	Novopharm	100	51,98	0,5198

CILAZAPRIL 

Co.			1 mg PPB		
02291134	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	15,57	➔ 0,1557
02283778	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	15,57	➔ 0,1557

Co.			2,5 mg PPB		
02291142	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	17,95	➔ 0,1795
01911473	<i>Inhibace</i>	Cheplaphar	100	73,23	0,7323
02283786	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	17,95	➔ 0,1795

Co.			5 mg PPB		
02291150	<i>Apo-Cilazapril</i>	Apotex	100	20,85	➔ 0,2085
01911481	<i>Inhibace</i>	Cheplaphar	100	85,08	0,8508
02283794	<i>Mylan-Cilazapril</i>	Mylan	100	20,85	➔ 0,2085

CILAZAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			5 mg -12,5 mg PPB		
02284987	<i>Apo-Cilazapril - HCTZ</i>	Apotex	100	41,70	➔ 0,4170
02181479	<i>Inhibace Plus</i>	Cheplaphar	28	23,82	0,8507
02313731	<i>Teva-Cilazapril/HCTZ</i>	Teva Can	100	41,70	➔ 0,4170

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉNALAPRIL (MALÉATE D') 

Co.				2,5 mg	PPB	
02291878	ACT Enalapril	ActavisPhm	100	18,63	➔	0,1863
02020025	Apo-Enalapril	Apotex	100	18,63	➔	0,1863
02400650	Enalapril	Sanis	100	18,63	➔	0,1863
02442957	Enalapril	Sivem	100	18,63	➔	0,1863
02474786	Jamp-Enalapril	Jamp	100	18,63	➔	0,1863
02459450	Mar-Enalapril	Marcan	100	18,63	➔	0,1863
02300036	Mylan-Enalapril	Mylan	100	18,63	➔	0,1863
02300680	Novo-Enalapril	Novopharm	30	5,59	➔	0,1863
			100	18,63	➔	0,1863
02311402	Pro-Enalapril-2,5	Pro Doc	100	18,63	➔	0,1863
02352230	Ran-Enalapril	Ranbaxy	100	18,63	➔	0,1863
02300796	Riva-Enalapril	Riva	100	18,63	➔	0,1863
			500	93,15	➔	0,1863
02299933	Sandoz Enalapril	Sandoz	100	18,63	➔	0,1863

Co.				5 mg	PPB	
02291886	ACT Enalapril	ActavisPhm	100	22,03	➔	0,2203
02019884	Apo-Enalapril	Apotex	100	22,03	➔	0,2203
02400669	Enalapril	Sanis	100	22,03	➔	0,2203
02442965	Enalapril	Sivem	100	22,03	➔	0,2203
02474794	Jamp-Enalapril	Jamp	100	22,03	➔	0,2203
			500	110,15	➔	0,2203
02459469	Mar-Enalapril	Marcan	100	22,03	➔	0,2203
			500	110,15	➔	0,2203
02300044	Mylan-Enalapril	Mylan	100	22,03	➔	0,2203
			500	110,15	➔	0,2203
02233005	Novo-Enalapril	Novopharm	30	6,61	➔	0,2203
			500	110,15	➔	0,2203
02311410	Pro-Enalapril-5	Pro Doc	100	22,03	➔	0,2203
02352249	Ran-Enalapril	Ranbaxy	100	22,03	➔	0,2203
02300818	Riva-Enalapril	Riva	30	6,61	➔	0,2203
			500	110,15	➔	0,2203
02299941	Sandoz Enalapril	Sandoz	100	22,03	➔	0,2203
00708879	Vasotec	Merck	28	12,52		0,4471

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			10 mg PPB			
02291894	ACT Enalapril	ActavisPhm	30	7,94	➔	0,2647
			500	132,35	➔	0,2647
02019892	Apo-Enalapril	Apotex	100	26,47	➔	0,2647
02400677	Enalapril	Sanis	100	26,47	➔	0,2647
02442973	Enalapril	Sivem	100	26,47	➔	0,2647
02474808	Jamp-Enalapril	Jamp	100	26,47	➔	0,2647
			500	132,35	➔	0,2647
02444771	Mar-Enalapril	Marcan	100	26,47	➔	0,2647
			500	132,35	➔	0,2647
02300052	Mylan-Enalapril	Mylan	100	26,47	➔	0,2647
			500	132,35	➔	0,2647
02233006	Novo-Enalapril	Novopharm	30	7,94	➔	0,2647
			500	132,35	➔	0,2647
02311429	Pro-Enalapril-10	Pro Doc	100	26,47	➔	0,2647
02352257	Ran-Enalapril	Ranbaxy	100	26,47	➔	0,2647
02300826	Riva-Enalapril	Riva	30	7,94	➔	0,2647
			500	132,35	➔	0,2647
02299968	Sandoz Enalapril	Sandoz	100	26,47	➔	0,2647
00670901	Vasotec	Merck	28	15,04		0,5371

Co.			20 mg PPB			
02291908	ACT Enalapril	ActavisPhm	100	31,95	➔	0,3195
			100	31,95	➔	0,3195
02019906	Apo-Enalapril	Apotex	100	31,95	➔	0,3195
02400685	Enalapril	Sanis	100	31,95	➔	0,3195
02442981	Enalapril	Sivem	100	31,95	➔	0,3195
02474816	Jamp-Enalapril	Jamp	100	31,95	➔	0,3195
			500	159,75	➔	0,3195
02444798	Mar-Enalapril	Marcan	100	31,95	➔	0,3195
			500	159,75	➔	0,3195
02300060	Mylan-Enalapril	Mylan	100	31,95	➔	0,3195
			500	159,75	➔	0,3195
02311437	Pro-Enalapril-20	Pro Doc	100	31,95	➔	0,3195
02352265	Ran-Enalapril	Ranbaxy	100	31,95	➔	0,3195
02300834	Riva-Enalapril	Riva	30	9,59	➔	0,3195
			500	159,75	➔	0,3195
02299976	Sandoz Enalapril	Sandoz	100	31,95	➔	0,3195
00670928	Vasotec	Merck	28	18,14		0,6479

ÉNALAPRIL (MALÉATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.			10 mg -25 mg PPB			
02352931	Enalapril maleate/HCTZ	AA Pharma	100	100,66	➔	1,0066
00657298	Vaseretic	Merck	28	29,67		1,0596

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FOSINOPRIL SODIQUE 

Co.				10 mg	PPB	
02266008	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	21,77	➔	0,2177
02459388	<i>Fosinopril</i>	Sanis	100	21,77	➔	0,2177
02303000	<i>Fosinopril-10</i>	Pro Doc	100	21,77	➔	0,2177
02331004	<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	100	21,77	➔	0,2177
02294524	<i>Ran-Fosinopril</i>	Ranbaxy	100	21,77	➔	0,2177
02247802	<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	30	6,53	➔	0,2177
			100	21,77	➔	0,2177

Co.				20 mg	PPB	
02266016	<i>Apo-Fosinopril</i>	Apotex	100	26,19	➔	0,2619
02459396	<i>Fosinopril</i>	Sanis	100	26,19	➔	0,2619
02303019	<i>Fosinopril-20</i>	Pro Doc	100	26,19	➔	0,2619
02331012	<i>Jamp-Fosinopril</i>	Jamp	100	26,19	➔	0,2619
02294532	<i>Ran-Fosinopril</i>	Ranbaxy	100	26,19	➔	0,2619
02247803	<i>Teva-Fosinopril</i>	Teva Can	30	7,86	➔	0,2619
			100	26,19	➔	0,2619

LISINOPRIL 

Co.				5 mg	PPB	
02217481	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	13,47	➔	0,1347
			500	67,35	➔	0,1347
02394472	<i>Auro-Lisinopril</i>	Aurobindo	100	13,47	➔	0,1347
			500	67,35	➔	0,1347
02271443	<i>Co Lisinopril</i>	Cobalt	100	13,47	➔	0,1347
			500	67,35	➔	0,1347
02361531	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	13,47	➔	0,1347
02386232	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	13,47	➔	0,1347
02422506	<i>Mar-Lisinopril</i>	Marcan	100	13,47	➔	0,1347
			500	67,35	➔	0,1347
02285061	<i>Novo-Lisinopril (Type P)</i>	Novopharm	30	4,04	➔	0,1347
			100	13,47	➔	0,1347
02285118	<i>Novo-Lisinopril (Type Z)</i>	Novopharm	30	4,04	➔	0,1347
			100	13,47	➔	0,1347
02310961	<i>Pro-Lisinopril-5</i>	Pro Doc	100	13,47	➔	0,1347
02294230	<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	100	13,47	➔	0,1347
			500	67,35	➔	0,1347
02256797	<i>ratio-Lisinopril P</i>	Ratiopharm	100	13,47	➔	0,1347
			500	67,35	➔	0,1347
02299879	<i>ratio-Lisinopril Z</i>	Ratiopharm	100	13,47	➔	0,1347
			500	67,35	➔	0,1347
02289199	<i>Sandoz Lisinopril</i>	Sandoz	30	4,04	➔	0,1347
			100	13,47	➔	0,1347
02049333	<i>Zestril</i>	AZC	100	55,94	➔	0,5594

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			10 mg PPB		
02217503	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	16,19	➔ 0,1619
			500	80,93	➔ 0,1619
02394480	<i>Auro-Lisinopril</i>	Aurobindo	100	16,19	➔ 0,1619
			500	80,93	➔ 0,1619
02271451	<i>Co Lisinopril</i>	Cobalt	100	16,19	➔ 0,1619
02361558	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	16,19	➔ 0,1619
			500	80,93	➔ 0,1619
02386240	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	16,19	➔ 0,1619
02422514	<i>Mar-Lisinopril</i>	Marcan	100	16,19	➔ 0,1619
			500	80,93	➔ 0,1619
02285126	<i>Novo-Lisinopril (Type Z)</i>	Novopharm	30	4,86	➔ 0,1619
			100	16,19	➔ 0,1619
00839396	<i>Prinivil</i>	Merck	28	19,61	0,7004
02310988	<i>Pro-Lisinopril-10</i>	Pro Doc	100	16,19	➔ 0,1619
02294249	<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	100	16,19	➔ 0,1619
			500	80,93	➔ 0,1619
02256800	<i>ratio-Lisinopril P</i>	Ratiopharm	100	16,19	➔ 0,1619
			500	80,93	➔ 0,1619
02299887	<i>ratio-Lisinopril Z</i>	Ratiopharm	100	16,19	➔ 0,1619
			500	80,93	➔ 0,1619
02289202	<i>Sandoz Lisinopril</i>	Sandoz	30	4,86	➔ 0,1619
			100	16,19	➔ 0,1619
02049376	<i>Zestril</i>	AZC	100	67,23	0,6723

Co.			20 mg PPB		
02217511	<i>Apo-Lisinopril</i>	Apotex	100	19,45	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
02394499	<i>Auro-Lisinopril</i>	Aurobindo	100	19,45	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
02271478	<i>Co Lisinopril</i>	Cobalt	100	19,45	➔ 0,1945
02361566	<i>Jamp-Lisinopril</i>	Jamp	100	19,45	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
02386259	<i>Lisinopril</i>	Sivem	100	19,45	➔ 0,1945
02422522	<i>Mar-Lisinopril</i>	Marcan	100	19,45	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
02285134	<i>Novo-Lisinopril (Type Z)</i>	Novopharm	30	5,84	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
00839418	<i>Prinivil</i>	Merck	28	23,56	0,8414
02310996	<i>Pro-Lisinopril-20</i>	Pro Doc	100	19,45	➔ 0,1945
02294257	<i>Ran-Lisinopril</i>	Ranbaxy	100	19,45	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
02256819	<i>ratio-Lisinopril P</i>	Ratiopharm	100	19,45	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
02299895	<i>ratio-Lisinopril Z</i>	Ratiopharm	100	19,45	➔ 0,1945
			500	97,24	➔ 0,1945
02289229	<i>Sandoz Lisinopril</i>	Sandoz	30	5,84	➔ 0,1945
			100	19,45	➔ 0,1945
02049384	<i>Zestril</i>	AZC	100	80,78	0,8078

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LISINAPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.		10 mg -12,5 mg PPB				
02362945	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	30	6,25	➔	0,2083
			100	20,83	➔	0,2083
02302136	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	30	6,25	➔	0,2083
			100	20,83	➔	0,2083
02302365	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	30	6,25	➔	0,2083
			100	20,83	➔	0,2083
02301768	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Novopharm	100	20,83	➔	0,2083
02103729	<i>Zestoretic</i>	AZC	100	86,54		0,8654

Co.		20 mg -12,5 mg PPB				
02362953	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	100	25,03	➔	0,2503
02302144	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	100	25,03	➔	0,2503
			30	7,51	➔	0,2503
02302373	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	100	25,03	➔	0,2503
			30	7,51	➔	0,2503
02301776	<i>Teva-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Teva Can	100	25,03	➔	0,2503
			30	7,51	➔	0,2503
02045737	<i>Zestoretic</i>	AZC	100	104,00		1,0400

Co.		20 mg -25 mg PPB				
02362961	<i>Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Sanis	30	7,51	➔	0,2503
			100	25,03	➔	0,2503
02302152	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type P)</i>	Novopharm	100	25,03	➔	0,2503
			30	7,51	➔	0,2503
02301784	<i>Novo-Lisinopril/HCTZ (Type Z)</i>	Novopharm	100	25,03	➔	0,2503
			30	7,51	➔	0,2503
02302381	<i>Sandoz Lisinopril HCT</i>	Sandoz	100	25,03	➔	0,2503
			30	7,51	➔	0,2503
02045729	<i>Zestoretic</i>	AZC	100	104,00		1,0400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PÉRINDOPRIL ERBUMINE 

Co.

2 mg **PPB**

02481677	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	16,32	➔	0,1632
02289261	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	4,90	➔	0,1632
			500	81,60	➔	0,1632
02459817	<i>Auro-Perindopril</i>	Aurobindo	30	4,90	➔	0,1632
			500	81,60	➔	0,1632
02501309	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	16,32	➔	0,1632
02123274	<i>Coversyl</i>	Servier	30	18,88		0,6293
02477009	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	16,32	➔	0,1632
02474824	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	16,32	➔	0,1632
			500	81,60	➔	0,1632
02476762	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	16,32	➔	0,1632
02482924	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	100	16,32	➔	0,1632
02489015	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	100	16,32	➔	0,1632
02488949	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	4,90	➔	0,1632
			100	16,32	➔	0,1632
02481634	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	16,32	➔	0,1632
			500	81,60	➔	0,1632
02479877	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	4,90	➔	0,1632
			100	16,32	➔	0,1632
02470675	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	4,90	➔	0,1632
			500	81,60	➔	0,1632
02483238	<i>Priva-Perindopril Erbumine</i>	Pharmapar	100	16,32	➔	0,1632
02472015	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	4,90	➔	0,1632
			100	16,32	➔	0,1632
02470225	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	4,90	➔	0,1632
			100	16,32	➔	0,1632
02464985	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	16,32	➔	0,1632

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.		4 mg PPB			
02481685	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	20,42	➔ 0,2042
02289288	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	6,13	➔ 0,2042
			500	102,10	➔ 0,2042
02459825	<i>Auro-Perindopril</i>	Aurobindo	30	6,13	➔ 0,2042
			500	102,10	➔ 0,2042
02501317	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	20,42	➔ 0,2042
02123282	<i>Coversyl</i>	Servier	30	23,60	0,7867
02477017	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	20,42	➔ 0,2042
02474832	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	20,42	➔ 0,2042
			500	102,10	➔ 0,2042
02476770	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	20,42	➔ 0,2042
02482932	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	100	20,42	➔ 0,2042
02489023	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	100	20,42	➔ 0,2042
02488957	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	6,13	➔ 0,2042
			100	20,42	➔ 0,2042
02481642	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	20,42	➔ 0,2042
			500	102,10	➔ 0,2042
02479885	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	6,13	➔ 0,2042
			100	20,42	➔ 0,2042
02470683	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	6,13	➔ 0,2042
			500	102,10	➔ 0,2042
02483246	<i>Priva-Perindopril Erbumine</i>	Pharmapar	100	20,42	➔ 0,2042
02472023	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	6,13	➔ 0,2042
			100	20,42	➔ 0,2042
02470233	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	6,13	➔ 0,2042
			100	20,42	➔ 0,2042
02464993	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	20,42	➔ 0,2042

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			8 mg PPB		
02481693	<i>AG-Perindopril</i>	Angita	100	28,31	➔ 0,2831
02289296	<i>Apo-Perindopril</i>	Apotex	30	8,49	➔ 0,2830
			500	141,55	➔ 0,2831
02459833	<i>Auro-Perindopril</i>	Aurobindo	30	8,49	➔ 0,2830
			500	141,55	➔ 0,2831
02501325	<i>Bio-Perindopril</i>	Biomed	100	28,31	➔ 0,2831
02246624	<i>Coversyl</i>	Servier	30	33,05	1,1017
02477025	<i>Jamp-Perindopril</i>	Jamp	100	28,31	➔ 0,2831
02474840	<i>Mar-Perindopril</i>	Marcan	100	28,31	➔ 0,2831
			500	141,55	➔ 0,2831
02476789	<i>Mint-Perindopril</i>	Mint	100	28,31	➔ 0,2831
02482940	<i>M-Perindopril</i>	Mantra Ph.	100	28,30	➔ 0,2830
02489031	<i>NRA-Perindopril</i>	Nora	100	28,31	➔ 0,2831
02488965	<i>Perindopril Erbumine</i>	Pro Doc	30	8,49	➔ 0,2830
			100	28,31	➔ 0,2831
02481650	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sanis	100	28,31	➔ 0,2831
02479893	<i>Perindopril Erbumine</i>	Sivem	30	8,49	➔ 0,2830
			100	28,31	➔ 0,2831
02470691	<i>pms-Perindopril</i>	Phmscience	30	8,49	➔ 0,2830
			500	141,55	➔ 0,2831
02483254	<i>Priva-Perindopril Erbumine</i>	Pharmapar	100	28,31	➔ 0,2831
02472031	<i>Riva-Perindopril</i>	Riva	30	8,49	➔ 0,2830
			100	28,31	➔ 0,2831
02470241	<i>Sandoz Perindopril Erbumine</i>	Sandoz	30	8,49	➔ 0,2830
			100	28,31	➔ 0,2831
02465000	<i>Teva-Perindopril</i>	Teva Can	100	28,31	➔ 0,2831

PÉRINDOPRIL ERBUMINE/INDAPAMIDE

Co.			4 mg -1,25 mg PPB		
02297574	<i>Apo-Perindopril-Indapamide</i>	Apotex	30	7,67	➔ 0,2557
02246569	<i>Coversyl Plus</i>	Servier	30	29,29	0,9763
02470438	<i>Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide</i>	Sandoz	30	7,67	➔ 0,2557
			100	25,57	➔ 0,2557
02464020	<i>Teva-Perindopril/Indapamide</i>	Teva Can	100	25,57	➔ 0,2557

Co.			8 mg - 2,5 mg PPB		
02453061	<i>Apo-Perindopril-Indapamide</i>	Apotex	100	28,59	➔ 0,2859
02321653	<i>Coversyl Plus HD</i>	Servier	30	32,76	1,0920
02470446	<i>Sandoz Perindopril Erbumine/Indapamide HD</i>	Sandoz	30	8,58	➔ 0,2859
			100	28,59	➔ 0,2859
02464039	<i>Teva-Perindopril/Indapamide</i>	Teva Can	100	28,59	➔ 0,2859

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE)

Co.			5 mg PPB		
01947664	<i>Accupril</i>	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248499	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78	➔ 0,2278
02340550	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78	➔ 0,2278

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			10 mg PPB		
01947672	<i>Accupril</i>	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248500	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78 ➔	0,2278
02340569	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78 ➔	0,2278

Co.			20 mg PPB		
01947680	<i>Accupril</i>	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248501	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78 ➔	0,2278
02340577	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78 ➔	0,2278

Co.			40 mg PPB		
01947699	<i>Accupril</i>	Pfizer	90	79,94	0,8882
02248502	<i>Apo-Quinapril</i>	Apotex	100	22,78 ➔	0,2278
02340585	<i>pms-Quinapril</i>	Phmscience	100	22,78 ➔	0,2278

QUINAPRIL (CHLORHYDRATE DE) / HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			10 mg -12,5 mg PPB		
02237367	<i>Accuretic</i>	Pfizer	28	24,86	0,8879
02408767	<i>Apo-Quinapril/HCTZ</i>	Apotex	30	14,36 ➔	0,4786
			100	47,86 ➔	0,4786
02473291	<i>Auro-Quinapril HCTZ</i>	Aurobindo	28	13,40 ➔	0,4786
			90	43,07 ➔	0,4786

Co.			20 mg -12,5 mg PPB		
02237368	<i>Accuretic</i>	Pfizer	28	24,86	0,8879
02408775	<i>Apo-Quinapril/HCTZ</i>	Apotex	30	14,36 ➔	0,4786
			100	47,86 ➔	0,4786
02473305	<i>Auro-Quinapril HCTZ</i>	Aurobindo	28	13,40 ➔	0,4786
			90	43,07 ➔	0,4786

Co.			20 mg -25 mg PPB		
02237369	<i>Accuretic</i>	Pfizer	28	24,11	0,8611
02408783	<i>Apo-Quinapril/HCTZ</i>	Apotex	30	13,81 ➔	0,4602
			100	46,02 ➔	0,4602
02473321	<i>Auro-Quinapril HCTZ</i>	Aurobindo	28	12,89 ➔	0,4602
			90	41,42 ➔	0,4602

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

RAMIPRIL 

Caps.

1,25 mg **PPB**

02295482	<i>ACT Ramipril</i>	ActavisPhm	100	7,08	➔	0,0708
02221829	<i>Altace</i>	Valeant	30	20,97		0,6990
02251515	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	100	7,08	➔	0,0708
02387387	<i>Auro-Ramipril</i>	Aurobindo	30	2,12	➔	0,0707
			100	7,08	➔	0,0708
02331101	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	2,12	➔	0,0707
			100	7,08	➔	0,0708
02420457	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	2,12	➔	0,0707
02469057	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,12	➔	0,0707
02295369	<i>pms-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,12	➔	0,0707
			100	7,08	➔	0,0708
02310023	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,12	➔	0,0707
			100	7,08	➔	0,0708
02299372	<i>Ramipril</i>	Riva	30	2,12	➔	0,0707
			100	7,08	➔	0,0708
02308363	<i>Ramipril</i>	Sivem	100	7,07	➔	0,0707
02310503	<i>Ran-Ramipril</i>	Ranbaxy	30	2,12	➔	0,0707
02438860	<i>VAN-Ramipril</i>	Vanc Phm	30	2,12	➔	0,0707

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			2,5 mg PPB		
02295490	<i>ACT Ramipril</i>	ActavisPhm	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02477572	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	8,17	➔ 0,0817
02221837	<i>Altace</i>	Valeant	30	24,20	0,8067
			100	80,66	0,8066
02251531	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02387395	<i>Auro-Ramipril</i>	Aurobindo	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02331128	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02420465	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02421305	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	8,17	➔ 0,0817
+ 02486172	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	8,17	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02469065	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02247917	<i>pms-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02483416	<i>Priva-Ramipril</i>	Pharmapar	100	8,17	➔ 0,0817
02310066	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02486512	<i>Ramipril</i>	Altamed	500	40,85	➔ 0,0817
02255316	<i>Ramipril</i>	Riva	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02374846	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	8,17	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02287927	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02310511	<i>Ran-Ramipril</i>	Ranbaxy	100	8,17	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02247945	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02438879	<i>VAN-Ramipril</i>	Vanc Phm	100	8,17	➔ 0,0817

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			5 mg PPB		
02295504	<i>ACT Ramipril</i>	ActavisPhm	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02477580	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	8,17	➔ 0,0817
02221845	<i>Altace</i>	Valeant	30	24,20	0,8067
			100	80,66	0,8066
02251574	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02387409	<i>Auro-Ramipril</i>	Aurobindo	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02331136	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02420473	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02421313	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	8,17	➔ 0,0817
+ 02486180	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	8,17	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02469073	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02247918	<i>pms-Ramipril</i>	Phmscience	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02483424	<i>Priva-Ramipril</i>	Pharmapar	100	8,17	➔ 0,0817
02310074	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02486520	<i>Ramipril</i>	Altamed	500	40,85	➔ 0,0817
02255324	<i>Ramipril</i>	Riva	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02374854	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	8,17	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02287935	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02310538	<i>Ran-Ramipril</i>	Ranbaxy	100	8,17	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02247946	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	30	2,45	➔ 0,0817
			500	40,85	➔ 0,0817
02438887	<i>VAN-Ramipril</i>	Vanc Phm	100	8,17	➔ 0,0817

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			10 mg PPB		
02295512	<i>ACT Ramipril</i>	ActavisPhm	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02477599	<i>AG-Ramipril</i>	Angita	100	10,34	➔ 0,1034
02221853	<i>Altace</i>	Valeant	30	30,65	➔ 1,0217
			100	102,16	➔ 1,0216
02251582	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02387417	<i>Auro-Ramipril</i>	Aurobindo	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02331144	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02420481	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02421321	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	10,34	➔ 0,1034
+ 02486199	<i>NRA-Ramipril</i>	Nora	100	10,34	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02469081	<i>Pharma-Ramipril</i>	Phmscience	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02247919	<i>pms-Ramipril</i>	Phmscience	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02483432	<i>Priva-Ramipril</i>	Pharmapar	100	10,34	➔ 0,1034
02310104	<i>Pro-Ramipril</i>	Pro Doc	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02486539	<i>Ramipril</i>	Altamed	500	51,70	➔ 0,1034
02255332	<i>Ramipril</i>	Riva	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02374862	<i>Ramipril</i>	Sanis	100	10,34	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02287943	<i>Ramipril</i>	Sivem	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02310546	<i>Ran-Ramipril</i>	Ranbaxy	100	10,34	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02247947	<i>Teva-Ramipril</i>	Teva Can	30	3,10	➔ 0,1034
			500	51,70	➔ 0,1034
02438895	<i>VAN-Ramipril</i>	Vanc Phm	100	10,34	➔ 0,1034

Caps.			15 mg PPB		
02281112	<i>Altace</i>	Valeant	30	33,68	➔ 1,1227
			100	112,27	➔ 1,1227
02325381	<i>Apo-Ramipril</i>	Apotex	30	17,57	➔ 0,5855
			100	58,55	➔ 0,5855
02440334	<i>Jamp-Ramipril</i>	Jamp	100	58,55	➔ 0,5855
02420503	<i>Mar-Ramipril</i>	Marcan	30	17,57	➔ 0,5855
			100	58,55	➔ 0,5855
02421348	<i>Mint-Ramipril</i>	Mint	100	58,55	➔ 0,5855
02425548	<i>Ran-Ramipril</i>	Ranbaxy	100	58,55	➔ 0,5855
02438909	<i>VAN-Ramipril</i>	Vanc Phm	100	58,55	➔ 0,5855

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RAMIPRIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.		2,5 mg - 12,5 mg		PPB	
02283131	<i>Altace HCT</i>	Valeant	28	8,37	0,2989
02449439	<i>Ran-Ramipril HCTZ</i>	Ranbaxy	100	14,95 ➔	0,1495

Co.		5 mg -12,5 mg		PPB	
02283158	<i>Altace HCT</i>	Valeant	28	10,72	0,3829
02449447	<i>Ran-Ramipril HCTZ</i>	Ranbaxy	100	20,11 ➔	0,2011

Co.		5 mg - 25 mg		PPB	
02283174	<i>Altace HCT</i>	Valeant	28	10,72	0,3829
02449463	<i>Ran-Ramipril HCTZ</i>	Ranbaxy	100	19,15 ➔	0,1915

Co.		10 mg -12,5 mg		PPB	
02283166	<i>Altace HCT</i>	Valeant	28	13,65	0,4875
02342154	<i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	3,95 ➔	0,1317
			100	13,17 ➔	0,1317
02449455	<i>Ran-Ramipril HCTZ</i>	Ranbaxy	100	13,17 ➔	0,1317

Co.		10 mg -25 mg		PPB	
02283182	<i>Altace HCT</i>	Valeant	28	13,65	0,4875
02342170	<i>pms-Ramipril-HCTZ</i>	Phmscience	30	3,95 ➔	0,1317
			100	13,17 ➔	0,1317
02449471	<i>Ran-Ramipril HCTZ</i>	Ranbaxy	100	13,17 ➔	0,1317

TRANDOLAPRIL

Caps.		0,5 mg		PPB	
02471868	<i>Auro-Trandolapril</i>	Aurobindo	100	6,98 ➔	0,0698
02231457	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	27,33	0,2733
02357755	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	6,98 ➔	0,0698
02325721	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	6,98 ➔	0,0698
02415429	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	6,98 ➔	0,0698

Caps.		1 mg		PPB	
02471876	<i>Auro-Trandolapril</i>	Aurobindo	100	17,62 ➔	0,1762
02231459	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	67,00	0,6700
02357763	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	17,62 ➔	0,1762
02325748	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	17,62 ➔	0,1762
02415437	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	17,62 ➔	0,1762
02488698	<i>Trandolapril</i>	Pro Doc	100	17,62 ➔	0,1762

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				2 mg PPB	
02471884	<i>Auro-Trandolapril</i>	Aurobindo	100	20,25	➔ 0,2025
02231460	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	77,00	➔ 0,7700
02357771	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	20,25	➔ 0,2025
02325756	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	20,25	➔ 0,2025
02415445	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	20,25	➔ 0,2025
02488701	<i>Trandolapril</i>	Pro Doc	100	20,25	➔ 0,2025

Caps.				4 mg PPB	
02471892	<i>Auro-Trandolapril</i>	Aurobindo	100	24,98	➔ 0,2498
02239267	<i>Mavik</i>	BGP Pharma	100	95,00	➔ 0,9500
02357798	<i>pms-Trandolapril</i>	Phmscience	100	24,98	➔ 0,2498
02325764	<i>Sandoz Trandolapril</i>	Sandoz	100	24,98	➔ 0,2498
02415453	<i>Teva-Trandolapril</i>	Teva Can	100	24,98	➔ 0,2498
02488728	<i>Trandolapril</i>	Pro Doc	100	24,98	➔ 0,2498

24:32.08

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ANGIOTENSINE II

CANDÉSARTAN CILEXÉTEL

Co.				8 mg PPB	
02376539	<i>ACT Candésartan</i>	ActavisPhm	100	22,58	➔ 0,2258
02484773	<i>AG-Candésartan</i>	Angita	100	22,58	➔ 0,2258
02500795	<i>AG-Candésartan</i>	Angita	100	22,58	➔ 0,2258
02365359	<i>Apo-Candésartan</i>	Apotex	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02239091	<i>Atacand</i>	AZC	30	35,52	➔ 1,1840
02445794	<i>Auro-Candésartan</i>	Aurobindo	90	20,32	➔ 0,2258
			500	112,90	➔ 0,2258
02377934	<i>Candésartan</i>	Pro Doc	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02388928	<i>Candésartan</i>	Sanis	100	22,58	➔ 0,2258
			500	112,90	➔ 0,2258
02388707	<i>Candésartan</i>	Sivem	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02379279	<i>Candésartan cilexétel</i>	Accord	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02386518	<i>Jamp-Candésartan</i>	Jamp	100	22,58	➔ 0,2258
02476916	<i>Mint-Candésartan</i>	Mint	100	22,58	➔ 0,2258
02391198	<i>pms-Candésartan</i>	Phmscience	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02380692	<i>Ran-Candésartan</i>	Ranbaxy	100	22,58	➔ 0,2258
02326965	<i>Sandoz Candésartan</i>	Sandoz	30	6,77	➔ 0,2258
			500	112,90	➔ 0,2258
02366312	<i>Teva Candésartan</i>	Teva Can	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			16 mg PPB		
02376547	<i>ACT Candesartan</i>	ActavisPhm	100	22,58	➔ 0,2258
02484781	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58	➔ 0,2258
02500809	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58	➔ 0,2258
02365367	<i>Apo-Candesartan</i>	Apotex	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02239092	<i>Atacand</i>	AZC	30	35,52	1,1840
02445808	<i>Auro-Candesartan</i>	Aurobindo	90	20,32	➔ 0,2258
			500	112,90	➔ 0,2258
02377942	<i>Candesartan</i>	Pro Doc	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02388936	<i>Candesartan</i>	Sanis	100	22,58	➔ 0,2258
			500	112,90	➔ 0,2258
02388715	<i>Candesartan</i>	Sivem	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02379287	<i>Candésartan cilexétil</i>	Accord	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02386526	<i>Jamp-Candesartan</i>	Jamp	100	22,58	➔ 0,2258
02476924	<i>Mint-Candesartan</i>	Mint	100	22,58	➔ 0,2258
02391201	<i>pms-Candesartan</i>	Phmscience	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02380706	<i>Ran-Candesartan</i>	Ranbaxy	100	22,58	➔ 0,2258
02326973	<i>Sandoz Candesartan</i>	Sandoz	30	6,77	➔ 0,2258
			500	112,90	➔ 0,2258
02366320	<i>Teva Candesartan</i>	Teva Can	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258

Co.			32 mg PPB		
02376555	<i>ACT Candesartan</i>	ActavisPhm	100	22,58	➔ 0,2258
02500817	<i>AG-Candesartan</i>	Angita	100	22,58	➔ 0,2258
02399105	<i>Apo-Candesartan</i>	Apotex	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02311658	<i>Atacand</i>	AZC	30	35,52	1,1840
02445816	<i>Auro-Candesartan</i>	Aurobindo	90	20,32	➔ 0,2258
			500	112,90	➔ 0,2258
02422069	<i>Candesartan</i>	Pro Doc	100	22,58	➔ 0,2258
02435845	<i>Candesartan</i>	Sanis	100	22,58	➔ 0,2258
02379295	<i>Candésartan cilexétil</i>	Accord	30	6,77	➔ 0,2258
			100	22,58	➔ 0,2258
02386534	<i>Jamp-Candesartan</i>	Jamp	100	22,58	➔ 0,2258
02391228	<i>pms-Candesartan</i>	Phmscience	30	6,77	➔ 0,2258
02380714	<i>Ran-Candesartan</i>	Ranbaxy	30	6,77	➔ 0,2258
02417340	<i>Sandoz Candesartan</i>	Sandoz	100	22,58	➔ 0,2258
02366339	<i>Teva Candesartan</i>	Teva Can	30	6,77	➔ 0,2258

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CANDÉSARTAN CILEXÉTIL/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			16 mg -12,5 mg PPB		
02388650	<i>ACT Candesartan/HCT</i>	ActavisPhm	30	6,47	➔ 0,2156
			100	21,56	➔ 0,2156
02244021	<i>Atacand Plus</i>	AZC	30	35,10	1,1700
02421038	<i>Auro-Candesartan HCT</i>	Aurobindo	100	21,56	➔ 0,2156
02392275	<i>Candesartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,47	➔ 0,2156
			100	21,56	➔ 0,2156
02394812	<i>Candesartan HCT</i>	Sivem	30	6,47	➔ 0,2156
			100	21,56	➔ 0,2156
02394804	<i>Candesartan/ HCTZ</i>	Sanis	100	21,56	➔ 0,2156
02473240	<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	30	6,47	➔ 0,2156
			100	21,56	➔ 0,2156
02391295	<i>pms-Candesartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	6,47	➔ 0,2156
			100	21,56	➔ 0,2156
02327902	<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	30	6,47	➔ 0,2156
			100	21,56	➔ 0,2156
02395541	<i>Teva Candesartan/ HCTZ</i>	Teva Can	30	6,47	➔ 0,2156

Co.			32 mg - 12,5 mg PPB		
02332922	<i>Atacand Plus</i>	AZC	30	35,10	1,1700
02421046	<i>Auro-Candesartan HCT</i>	Aurobindo	100	21,56	➔ 0,2156
02473259	<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	30	6,47	➔ 0,2156
			100	21,56	➔ 0,2156
02420732	<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	100	21,56	➔ 0,2156
02395568	<i>Teva Candesartan/ HCTZ</i>	Teva Can	30	6,47	➔ 0,2156

Co.			32 mg - 25 mg PPB		
02332957	<i>Atacand Plus</i>	AZC	30	35,10	1,1700
02421054	<i>Auro-Candesartan HCT</i>	Aurobindo	100	24,43	➔ 0,2443
02473267	<i>Jamp-Candesartan HCT</i>	Jamp	30	7,33	➔ 0,2443
			100	24,43	➔ 0,2443
02420740	<i>Sandoz Candesartan Plus</i>	Sandoz	100	24,43	➔ 0,2443

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D') 

Co.			400 mg		
02240432	<i>Teveten</i>	BGP Pharma	28	19,81	0,7075

Co.			600 mg		
02243942	<i>Teveten</i>	BGP Pharma	28	30,34	1,0836

ÉPROSARTAN (MÉSYLATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			600 mg - 12.5 mg		
02253631	<i>Teveten Plus</i>	BGP Pharma	28	30,34	1,0836

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

IRBESARTAN

Co.

 75 mg **PPB**

02386968	<i>Apo-Irbesartan</i>	Apotex	100	22,81	➔	0,2281
02406098	<i>Auro-Irbesartan</i>	Aurobindo	90	20,53	➔	0,2281
			100	22,81	➔	0,2281
02237923	<i>Avapro</i>	SanofiAven	90	107,33		1,1926
02446146	<i>Bio-Irbesartan</i>	Biomed	100	22,81	➔	0,2281
02365197	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	➔	0,2281
02372347	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	➔	0,2281
02385287	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	➔	0,2281
02418193	<i>Jamp-Irbesartan</i>	Jamp	28	6,39	➔	0,2281
			100	22,81	➔	0,2281
02422980	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	➔	0,2281
02317060	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	➔	0,2281
02406810	<i>Ran-Irbesartan</i>	Ranbaxy	100	22,81	➔	0,2281
02328461	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	➔	0,2281
02316390	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	➔	0,2281
02427087	<i>VAN-Irbesartan</i>	Vanc Phm	100	22,81	➔	0,2281

Co.

 150 mg **PPB**

02328089	<i>ACT Irbesartan</i>	ActavisPhm	100	22,81	➔	0,2281
02386976	<i>Apo-Irbesartan</i>	Apotex	100	22,81	➔	0,2281
			500	114,05	➔	0,2281
02406101	<i>Auro-Irbesartan</i>	Aurobindo	90	20,53	➔	0,2281
			100	22,81	➔	0,2281
02237924	<i>Avapro</i>	SanofiAven	90	107,33		1,1926
02446154	<i>Bio-Irbesartan</i>	Biomed	100	22,81	➔	0,2281
02365200	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	➔	0,2281
02372371	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	➔	0,2281
02385295	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	➔	0,2281
02418207	<i>Jamp-Irbesartan</i>	Jamp	28	6,39	➔	0,2281
			100	22,81	➔	0,2281
02422999	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	➔	0,2281
02317079	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	➔	0,2281
			500	114,05	➔	0,2281
02406829	<i>Ran-Irbesartan</i>	Ranbaxy	100	22,81	➔	0,2281
			500	114,05	➔	0,2281
02328488	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	➔	0,2281
			500	114,05	➔	0,2281
02315998	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	➔	0,2281
02316404	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	➔	0,2281
02427095	<i>VAN-Irbesartan</i>	Vanc Phm	100	22,81	➔	0,2281

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			300 mg PPB		
02328100	<i>ACT Irbesartan</i>	ActavisPhm	100	22,81	➔ 0,2281
02386984	<i>Apo-Irbesartan</i>	Apotex	100	22,81	➔ 0,2281
			500	114,05	➔ 0,2281
02406128	<i>Auro-Irbesartan</i>	Aurobindo	90	20,53	➔ 0,2281
			100	22,81	➔ 0,2281
02237925	<i>Avapro</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02446162	<i>Bio-Irbesartan</i>	Biomed	100	22,81	➔ 0,2281
02365219	<i>Irbesartan</i>	Pro Doc	100	22,81	➔ 0,2281
02372398	<i>Irbesartan</i>	Sanis	100	22,81	➔ 0,2281
02385309	<i>Irbesartan</i>	Sivem	100	22,81	➔ 0,2281
02418215	<i>Jamp-Irbesartan</i>	Jamp	28	6,39	➔ 0,2281
			100	22,81	➔ 0,2281
02423006	<i>Mint-Irbesartan</i>	Mint	100	22,81	➔ 0,2281
02317087	<i>pms-Irbesartan</i>	Phmscience	100	22,81	➔ 0,2281
			500	114,05	➔ 0,2281
02406837	<i>Ran-Irbesartan</i>	Ranbaxy	100	22,81	➔ 0,2281
			500	114,05	➔ 0,2281
02328496	<i>Sandoz Irbesartan</i>	Sandoz	100	22,81	➔ 0,2281
			500	114,05	➔ 0,2281
02316005	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	➔ 0,2281
02316412	<i>Teva-Irbesartan</i>	Teva Can	100	22,81	➔ 0,2281
02427109	<i>VAN-Irbesartan</i>	Vanc Phm	100	22,81	➔ 0,2281

IRBESARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.			150 mg- 12,5 mg PPB		
02357399	<i>ACT Irbesartan/HCT</i>	ActavisPhm	100	22,81	➔ 0,2281
02447878	<i>Auro-Irbesartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,84	➔ 0,2281
			90	20,53	➔ 0,2281
02241818	<i>Avalide</i>	SanofiAven	90	107,33	1,1926
02385317	<i>Irbesartan HCT</i>	Sivem	100	22,81	➔ 0,2281
02372886	<i>Irbesartan HCTZ</i>	Sanis	100	22,81	➔ 0,2281
02365162	<i>Irbesartan-HCTZ</i>	Pro Doc	100	22,81	➔ 0,2281
02418223	<i>Jamp-Irbesartan & HCTZ</i>	Jamp	28	6,39	➔ 0,2281
			100	22,81	➔ 0,2281
02392992	<i>Mint-Irbesartan/ HCTZ</i>	Mint	100	22,81	➔ 0,2281
02328518	<i>pms-Irbesartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	22,81	➔ 0,2281
02363208	<i>Ran-Irbesartan HCTZ</i>	Ranbaxy	100	22,81	➔ 0,2281
02337428	<i>Sandoz Irbesartan HCT</i>	Sandoz	100	22,81	➔ 0,2281
			500	114,05	➔ 0,2281
02330512	<i>Teva-Irbesartan HCTZ</i>	Teva Can	100	22,81	➔ 0,2281

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

300 mg- 12,5 mg **PPB**

02357402	<i>ACT Irbesartan/HCT</i>	ActavisPhm	100	22,81	➔ 0,2281
02447886	<i>Auro-Irbesartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,84	➔ 0,2281
			90	20,53	➔ 0,2281
02241819	<i>Avalide</i>	SanofiAven	90	107,33	➔ 1,1926
02385325	<i>Irbesartan HCT</i>	Sivem	100	22,81	➔ 0,2281
02372894	<i>Irbesartan HCTZ</i>	Sanis	100	22,81	➔ 0,2281
02365170	<i>Irbesartan-HCTZ</i>	Pro Doc	100	22,81	➔ 0,2281
02418231	<i>Jamp-Irbesartan & HCTZ</i>	Jamp	28	6,39	➔ 0,2281
			100	22,81	➔ 0,2281
02393018	<i>Mint-Irbesartan/ HCTZ</i>	Mint	100	22,81	➔ 0,2281
02328526	<i>pms-Irbesartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	22,81	➔ 0,2281
02363216	<i>Ran-Irbesartan HCTZ</i>	Ranbaxy	100	22,81	➔ 0,2281
02337436	<i>Sandoz Irbesartan HCT</i>	Sandoz	100	22,81	➔ 0,2281
			500	114,05	➔ 0,2281
02330520	<i>Teva-Irbesartan HCTZ</i>	Teva Can	100	22,81	➔ 0,2281

Co.

300 mg - 25 mg **PPB**

02357410	<i>ACT Irbesartan/HCT</i>	ActavisPhm	100	21,84	➔ 0,2184
02387662	<i>Apo-Irbesartan/HCTZ</i>	Apotex	100	21,84	➔ 0,2184
02447894	<i>Auro-Irbesartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,55	➔ 0,2184
			90	19,66	➔ 0,2184
02385333	<i>Irbesartan HCT</i>	Sivem	100	21,84	➔ 0,2184
02372908	<i>Irbesartan HCTZ</i>	Sanis	100	21,84	➔ 0,2184
02365189	<i>Irbesartan-HCTZ</i>	Pro Doc	100	21,84	➔ 0,2184
02418258	<i>Jamp-Irbesartan & HCTZ</i>	Jamp	28	6,12	➔ 0,2184
			100	21,84	➔ 0,2184
02393026	<i>Mint-Irbesartan/ HCTZ</i>	Mint	100	21,84	➔ 0,2184
02328534	<i>pms-Irbesartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	21,84	➔ 0,2184
02363224	<i>Ran-Irbesartan HCTZ</i>	Ranbaxy	100	21,84	➔ 0,2184
02337444	<i>Sandoz Irbesartan HCT</i>	Sandoz	100	21,84	➔ 0,2184
			500	109,20	➔ 0,2184
02330539	<i>Teva-Irbesartan HCTZ</i>	Teva Can	100	21,84	➔ 0,2184

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LOSARTAN POTASSIQUE 

Co.

25 mg **PPB**

02379058	<i>Apo-Losartan</i>	Apotex	100	16,16	➔ 0,1616
02403323	<i>Auro-Losartan</i>	Aurobindo	100	16,16	➔ 0,1616
02445964	<i>Bio-Losartan</i>	Biomed	100	16,16	➔ 0,1616
02354829	<i>Co Losartan</i>	Cobalt	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02182815	<i>Cozaar</i>	Merck	100	117,07	➔ 1,1707
02398834	<i>Jamp-Losartan</i>	Jamp	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02394367	<i>Losartan</i>	Pro Doc	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02388863	<i>Losartan</i>	Sanis	100	16,16	➔ 0,1616
02388790	<i>Losartan</i>	Sivem	100	16,16	➔ 0,1616
02422468	<i>Mar-Losartan</i>	Marcan	100	16,16	➔ 0,1616
02405733	<i>Mint-Losartan</i>	Mint	100	16,16	➔ 0,1616
02309750	<i>pms-Losartan</i>	Phmscience	100	16,16	➔ 0,1616
02404451	<i>Ran-Losartan</i>	Ranbaxy	100	16,16	➔ 0,1616
			500	116,05	➔ 0,2321
02313332	<i>Sandoz Losartan</i>	Sandoz	100	16,16	➔ 0,1616
02424967	<i>Septa-Losartan</i>	Septa	100	16,16	➔ 0,1616
02380838	<i>Teva Losartan</i>	Teva Can	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02426595	<i>VAN-Losartan</i>	Vanc Phm	100	16,16	➔ 0,1616

Co.

50 mg **PPB**

02353504	<i>Apo-Losartan</i>	Apotex	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02403331	<i>Auro-Losartan</i>	Aurobindo	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02445972	<i>Bio-Losartan</i>	Biomed	100	16,16	➔ 0,1616
02354837	<i>Co Losartan</i>	Cobalt	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02182874	<i>Cozaar</i>	Merck	30	35,12	➔ 1,1707
02398842	<i>Jamp-Losartan</i>	Jamp	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02394375	<i>Losartan</i>	Pro Doc	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02388871	<i>Losartan</i>	Sanis	100	16,16	➔ 0,1616
02388804	<i>Losartan</i>	Sivem	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02422476	<i>Mar-Losartan</i>	Marcan	100	16,16	➔ 0,1616
02405741	<i>Mint-Losartan</i>	Mint	100	16,16	➔ 0,1616
02309769	<i>pms-Losartan</i>	Phmscience	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02404478	<i>Ran-Losartan</i>	Ranbaxy	100	16,16	➔ 0,1616
			500	116,05	➔ 0,2321
02313340	<i>Sandoz Losartan</i>	Sandoz	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02424975	<i>Septa-Losartan</i>	Septa	100	16,16	➔ 0,1616
02357968	<i>Teva Losartan</i>	Teva Can	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02426609	<i>VAN-Losartan</i>	Vanc Phm	100	16,16	➔ 0,1616

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			100 mg PPB		
02353512	<i>Apo-Losartan</i>	Apotex	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02403358	<i>Auro-Losartan</i>	Aurobindo	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02445980	<i>Bio-Losartan</i>	Biomed	100	16,16	➔ 0,1616
02182882	<i>Cozaar</i>	Merck	30	35,12	➔ 1,1707
02398850	<i>Jamp-Losartan</i>	Jamp	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02394383	<i>Losartan</i>	Pro Doc	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02388898	<i>Losartan</i>	Sanis	100	16,16	➔ 0,1616
02388812	<i>Losartan</i>	Sivem	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02422484	<i>Mar-Losartan</i>	Marcan	100	16,16	➔ 0,1616
02405768	<i>Mint-Losartan</i>	Mint	100	16,16	➔ 0,1616
02309777	<i>pms-Losartan</i>	Phmscience	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02404486	<i>Ran-Losartan</i>	Ranbaxy	100	16,16	➔ 0,1616
			500	116,05	➔ 0,2321
02313359	<i>Sandoz Losartan</i>	Sandoz	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02424983	<i>Septa-Losartan</i>	Septa	100	16,16	➔ 0,1616
02357976	<i>Teva Losartan</i>	Teva Can	30	4,85	➔ 0,1616
			100	16,16	➔ 0,1616
02426617	<i>VAN-Losartan</i>	Vanc Phm	100	16,16	➔ 0,1616

LOSARTAN POTASSIQUE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE

Co.			50 mg -12,5 mg PPB		
02388251	<i>ACT Losartan/HCT</i>	ActavisPhm	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02371235	<i>Apo-Losartan/HCTZ</i>	Apotex	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02423642	<i>Auro-Losartan HCT</i>	Aurobindo	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02230047	<i>Hyzaar</i>	Merck	30	35,12	➔ 1,1707
02408244	<i>Jamp-Losartan HCTZ</i>	Jamp	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02394391	<i>Losartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02388960	<i>Losartan/HCT</i>	Sivem	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02427648	<i>Losartan/HCTZ</i>	Sanis	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02389657	<i>Mint-Losartan / HCTZ</i>	Mint	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02392224	<i>pms-Losartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02313375	<i>Sandoz Losartan HCT</i>	Sandoz	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02428539	<i>Septa-Losartan HCTZ</i>	Septa	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02358263	<i>Teva Losartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	8,16	➔ 0,2719

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.		100 mg - 12,5 mg PPB			
02388278	<i>ACT Losartan/HCT</i>	ActavisPhm	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02371243	<i>Apo-Losartan/HCTZ</i>	Apotex	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02423650	<i>Auro-Losartan HCT</i>	Aurobindo	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02297841	<i>Hyzaar</i>	Merck	30	35,02	➔ 1,1673
02394405	<i>Losartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02388979	<i>Losartan/HCT</i>	Sivem	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02427656	<i>Losartan/HCTZ</i>	Sanis	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02389665	<i>Mint-Losartan / HCTZ</i>	Mint	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02392232	<i>pms-Losartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02362449	<i>Sandoz Losartan HCT</i>	Sandoz	30	9,25	➔ 0,3082
			100	30,82	➔ 0,3082
02377144	<i>Teva Losartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	9,25	➔ 0,3082

Co.		100 mg -25 mg PPB			
02388286	<i>ACT Losartan/HCT</i>	ActavisPhm	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02371251	<i>Apo-Losartan/HCTZ</i>	Apotex	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02423669	<i>Auro-Losartan HCT</i>	Aurobindo	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02241007	<i>Hyzaar DS</i>	Merck	30	35,12	➔ 1,1707
02408252	<i>Jamp-Losartan HCTZ</i>	Jamp	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02394413	<i>Losartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02388987	<i>Losartan/HCT</i>	Sivem	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02427664	<i>Losartan/HCTZ</i>	Sanis	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02389673	<i>Mint-Losartan / HCTZ DS</i>	Mint	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02392240	<i>pms-Losartan-HCTZ</i>	Phmscience	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02313383	<i>Sandoz Losartan HCT DS</i>	Sandoz	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02428547	<i>Septa-Losartan HCTZ</i>	Septa	30	8,16	➔ 0,2719
			100	27,19	➔ 0,2719
02377152	<i>Teva Losartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	8,16	➔ 0,2719

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL 

Co.

20 mg **PPB**

02456311	<i>ACH-Olmesartan</i>	Accord	30	8,29	➔	0,2763
			90	24,87	➔	0,2763
02442191	<i>Act Olmesartan</i>	ActavisPhm	30	8,29	➔	0,2763
02453452	<i>Apo-Olmesartan</i>	Apotex	90	24,87	➔	0,2763
02443864	<i>Auro-Olmesartan</i>	Aurobindo	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02469812	<i>GLN-Olmesartan</i>	Glenmark	30	8,29	➔	0,2763
02461641	<i>Jamp-Olmesartan</i>	Jamp	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02499258	<i>NRA-Olmesartan</i>	Nora	90	24,87	➔	0,2763
02488744	<i>Olmesartan</i>	Pro Doc	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02481057	<i>Olmesartan</i>	Sanis	100	27,63	➔	0,2763
02318660	<i>Olmetec</i>	Merck	30	30,49		1,0163
02461307	<i>pms-Olmesartan</i>	Phmscience	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02443414	<i>Sandoz Olmesartan</i>	Sandoz	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763

Co.

40 mg **PPB**

02456338	<i>ACH-Olmesartan</i>	Accord	30	8,29	➔	0,2763
			90	24,87	➔	0,2763
02442205	<i>Act Olmesartan</i>	ActavisPhm	30	8,29	➔	0,2763
02453460	<i>Apo-Olmesartan</i>	Apotex	90	24,87	➔	0,2763
02443872	<i>Auro-Olmesartan</i>	Aurobindo	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02469820	<i>GLN-Olmesartan</i>	Glenmark	30	8,29	➔	0,2763
02461668	<i>Jamp-Olmesartan</i>	Jamp	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02499266	<i>NRA-Olmesartan</i>	Nora	90	24,87	➔	0,2763
02488752	<i>Olmesartan</i>	Pro Doc	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02481065	<i>Olmesartan</i>	Sanis	100	27,63	➔	0,2763
02318679	<i>Olmetec</i>	Merck	30	30,49		1,0163
02461315	<i>pms-Olmesartan</i>	Phmscience	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763
02443422	<i>Sandoz Olmesartan</i>	Sandoz	30	8,29	➔	0,2763
			100	27,63	➔	0,2763

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.		20 mg -12,5 mg PPB			
02468948	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02443112	<i>Act Olmesartan HCT</i>	ActavisPhm	30	9,06	➔ 0,3019
02453606	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➔ 0,3019
02476487	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	Aurobindo	30	9,06	➔ 0,3019
			100	30,19	➔ 0,3019
02475707	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➔ 0,3019
02508273	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02319616	<i>Olmotec Plus</i>	Merck	30	30,49	1,0163

Co.		40 mg - 12,5 mg PPB			
02468956	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02443120	<i>Act Olmesartan HCT</i>	ActavisPhm	30	9,06	➔ 0,3019
02453614	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➔ 0,3019
02476495	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	Aurobindo	30	9,06	➔ 0,3019
			100	30,19	➔ 0,3019
02475715	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➔ 0,3019
02508281	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02319624	<i>Olmotec Plus</i>	Merck	30	30,49	1,0163

Co.		40 mg - 25 mg PPB			
02468964	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02443139	<i>Act Olmesartan HCT</i>	ActavisPhm	30	9,06	➔ 0,3019
02453622	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➔ 0,3019
02476509	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	Aurobindo	30	9,06	➔ 0,3019
			100	30,19	➔ 0,3019
02475723	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➔ 0,3019
02508303	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02319632	<i>Olmotec Plus</i>	Merck	30	30,49	1,0163

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TELMISARTAN 

Co.

40 mg **PPB**

02393247	<i>Act Telmisartan</i>	ActavisPhm	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02484536	<i>AG-Telmisartan</i>	Angita	30	6,48 ➔	0,2161
02420082	<i>Apo-Telmisartan</i>	Apotex	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02453568	<i>Auro-Telmisartan</i>	Aurobindo	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02386755	<i>Jamp Telmisartan</i>	Jamp	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02240769	<i>Micardis</i>	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02486369	<i>Mint-Telmisartan</i>	Mint	100	21,61 ➔	0,2161
02503794	<i>NRA-Telmisartan</i>	Nora	100	21,61 ➔	0,2161
02375958	<i>Sandoz Telmisartan</i>	Sandoz	30	6,48 ➔	0,2161
			500	108,05 ➔	0,2161
02407485	<i>Telmisartan</i>	Accord	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02432897	<i>Telmisartan</i>	Phmscience	100	21,61 ➔	0,2161
02395223	<i>Telmisartan</i>	Pro Doc	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02388944	<i>Telmisartan</i>	Sanis	100	21,61 ➔	0,2161
02390345	<i>Telmisartan</i>	Sivem	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02320177	<i>Teva Telmisartan</i>	Teva Can	30	6,48 ➔	0,2161
			100	21,61 ➔	0,2161
02434164	<i>VAN-Telmisartan</i>	Vanc Phm	100	21,61 ➔	0,2161

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			80 mg PPB		
02393255	<i>Act Telmisartan</i>	ActavisPhm	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02484544	<i>AG-Telmisartan</i>	Angita	30	6,48	➔ 0,2161
02420090	<i>Apo-Telmisartan</i>	Apotex	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02453576	<i>Auro-Telmisartan</i>	Aurobindo	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02386763	<i>Jamp Telmisartan</i>	Jamp	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02240770	<i>Micardis</i>	Bo. Ing.	28	31,63	➔ 1,1296
02486377	<i>Mint-Telmisartan</i>	Mint	100	21,61	➔ 0,2161
02503808	<i>NRA-Telmisartan</i>	Nora	100	21,61	➔ 0,2161
02375966	<i>Sandoz Telmisartan</i>	Sandoz	30	6,48	➔ 0,2161
			500	108,05	➔ 0,2161
02407493	<i>Telmisartan</i>	Accord	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02432900	<i>Telmisartan</i>	Phmscience	100	21,61	➔ 0,2161
02395231	<i>Telmisartan</i>	Pro Doc	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02388952	<i>Telmisartan</i>	Sanis	100	21,61	➔ 0,2161
			500	108,05	➔ 0,2161
02390353	<i>Telmisartan</i>	Sivem	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02320185	<i>Teva Telmisartan</i>	Teva Can	30	6,48	➔ 0,2161
			100	21,61	➔ 0,2161
02434172	<i>VAN-Telmisartan</i>	Vanc Phm	100	21,61	➔ 0,2161

TELMISARTAN/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			80 mg - 12,5 mg PPB		
02484560	<i>AG-Telmisartan-HCT</i>	Angita	30	6,29	➔ 0,2098
02456389	<i>Auro-Telmisartan HCTZ</i>	Aurobindo	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02389940	<i>Jamp Telmisartan-HCT</i>	Jamp	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02244344	<i>Micardis Plus</i>	Bo. Ing.	28	31,63	➔ 1,1296
02504146	<i>NRA-Telmisartan HCTZ</i>	Nora	100	20,98	➔ 0,2098
02401665	<i>pms-Telmisartan-HCTZ</i>	Phmscience	100	20,98	➔ 0,2098
02393557	<i>Sandoz Telmisartan HCT</i>	Sandoz	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02433214	<i>Telmisartan - HCTZ</i>	Phmscience	100	20,98	➔ 0,2098
02395525	<i>Telmisartan - HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02390302	<i>Telmisartan HCTZ</i>	Sivem	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02395355	<i>Telmisartan/ HCTZ</i>	Sanis	100	20,98	➔ 0,2098
02419114	<i>Telmisartan/ Hydrochlorothiazide</i>	Accord	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02330288	<i>Teva Telmisartan HCTZ</i>	Teva Can	30	6,29	➔ 0,2098
			500	104,90	➔ 0,2098

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			80 mg - 25 mg PPB		
02484579	AG-Telmisartan-HCT	Angita	30	6,29	➡ 0,2098
02456397	Auro-Telmisartan HCTZ	Aurobindo	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02389959	Jamp Telmisartan-HCT	Jamp	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02318709	Micardis Plus	Bo. Ing.	28	31,63	1,1296
02504138	NRA-Telmisartan HCTZ	Nora	100	20,98	➡ 0,2098
02401673	pms-Telmisartan-HCTZ	Phmscience	100	20,98	➡ 0,2098
02393565	Sandoz Telmisartan HCT	Sandoz	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02433222	Telmisartan - HCTZ	Phmscience	100	20,98	➡ 0,2098
02395533	Telmisartan - HCTZ	Pro Doc	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02390310	Telmisartan HCTZ	Sivem	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02395363	Telmisartan/ HCTZ	Sanis	100	20,98	➡ 0,2098
02419122	Telmisartan/ Hydrochlorothiazide	Accord	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098
02379252	Teva Telmisartan HCTZ	Teva Can	30	6,29	➡ 0,2098
			100	20,98	➡ 0,2098

TELMISARTAN/AMLODIPINE 

Co.			40 mg - 5 mg		
02371022	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.			40 mg - 10 mg		
02371030	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.			80 mg -5 mg		
02371049	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

Co.			80 mg - 10 mg		
02371057	Twynsta	Bo. Ing.	28	19,09	0,6818

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VALSARTAN 

Co.	40 mg PPB				
02371510	<i>Apo-Valsartan</i>	Apotex	30	6,63	➔ 0,2211
02414201	<i>Auro-Valsartan</i>	Aurobindo	30	6,63	➔ 0,2211
			100	22,11	➔ 0,2211
02270528	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,27	1,1168
02363062	<i>Ran-Valsartan</i>	Ranbaxy	100	22,11	➔ 0,2211
02356740	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,63	➔ 0,2211
			100	22,11	➔ 0,2211
02356643	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	30	6,63	➔ 0,2211
02367726	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	30	6,63	➔ 0,2211
			100	22,11	➔ 0,2211
02366940	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	22,11	➔ 0,2211
02384523	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,63	➔ 0,2211
			100	22,11	➔ 0,2211

Co.	80 mg PPB				
02371529	<i>Apo-Valsartan</i>	Apotex	30	6,48	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02414228	<i>Auro-Valsartan</i>	Aurobindo	100	21,59	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02244781	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,47	1,1239
02363100	<i>Ran-Valsartan</i>	Ranbaxy	100	21,59	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02356759	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,48	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02356651	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	30	6,48	➔ 0,2159
			100	21,59	➔ 0,2159
02367734	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	30	6,48	➔ 0,2159
			100	21,59	➔ 0,2159
02366959	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	21,59	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02384531	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,48	➔ 0,2159
			100	21,59	➔ 0,2159

Co.	160 mg PPB				
02414236	<i>Auro-Valsartan</i>	Aurobindo	100	21,59	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02244782	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,47	1,1239
02363119	<i>Ran-Valsartan</i>	Ranbaxy	100	21,59	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02356767	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,48	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02356678	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	30	6,48	➔ 0,2159
			100	21,59	➔ 0,2159
02367742	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	30	6,48	➔ 0,2159
			100	21,59	➔ 0,2159
02366967	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	21,59	➔ 0,2159
			500	107,95	➔ 0,2159
02384558	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,48	➔ 0,2159
			100	21,59	➔ 0,2159

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			320 mg PPB		
02371545	<i>Apo-Valsartan</i>	Apotex	30	6,29	➔ 0,2098
02414244	<i>Auro-Valsartan</i>	Aurobindo	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02289504	<i>Diovan</i>	Novartis	28	31,47	1,1239
02356775	<i>Sandoz Valsartan</i>	Sandoz	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098
02356686	<i>Teva Valsartan</i>	Teva Can	30	6,29	➔ 0,2098
02367750	<i>Valsartan</i>	Pro Doc	100	20,98	➔ 0,2098
02366975	<i>Valsartan</i>	Sanis	100	20,98	➔ 0,2098
02384566	<i>Valsartan</i>	Sivem	30	6,29	➔ 0,2098
			100	20,98	➔ 0,2098

VALSARTAN/HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			80 mg - 12,5 mg PPB		
02382547	<i>Apo-Valsartan/HCTZ</i>	Apotex	30	6,64	➔ 0,2213
			100	22,13	➔ 0,2213
02408112	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,64	➔ 0,2213
			100	22,13	➔ 0,2213
02241900	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	32,16	1,1486
02356694	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,64	➔ 0,2213
			500	110,65	➔ 0,2213
02356996	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,64	➔ 0,2213
			50	11,07	➔ 0,2213
02367009	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,13	➔ 0,2213
02384736	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,64	➔ 0,2213
			100	22,13	➔ 0,2213
02367769	<i>Valsartan-HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,64	➔ 0,2213
			100	22,13	➔ 0,2213

Co.			160 mg -12,5 mg PPB		
02382555	<i>Apo-Valsartan/HCTZ</i>	Apotex	30	6,72	➔ 0,2240
			500	112,00	➔ 0,2240
02408120	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,72	➔ 0,2240
			100	22,40	➔ 0,2240
02241901	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	32,10	1,1464
02356708	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,72	➔ 0,2240
			500	112,00	➔ 0,2240
02357003	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,72	➔ 0,2240
			50	11,20	➔ 0,2240
02367017	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,40	➔ 0,2240
			500	112,00	➔ 0,2240
02384744	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,72	➔ 0,2240
			100	22,40	➔ 0,2240
02367777	<i>Valsartan-HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,72	➔ 0,2240
			100	22,40	➔ 0,2240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			160 mg - 25 mg PPB		
02382563	<i>Apo-Valsartan/HCTZ</i>	Apotex	30	6,71	➔ 0,2238
			500	111,90	➔ 0,2238
02408139	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,71	➔ 0,2238
			100	22,38	➔ 0,2238
02246955	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	31,99	1,1425
02356716	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,71	➔ 0,2238
			500	111,90	➔ 0,2238
02357011	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,71	➔ 0,2238
			50	11,19	➔ 0,2238
02367025	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,38	➔ 0,2238
			500	111,90	➔ 0,2238
02384752	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,71	➔ 0,2238
			100	22,38	➔ 0,2238
02367785	<i>Valsartan-HCTZ</i>	Pro Doc	30	6,71	➔ 0,2238
			100	22,38	➔ 0,2238

Co.			320 mg - 12,5 mg PPB		
02382571	<i>Apo-Valsartan/HCTZ</i>	Apotex	30	6,71	➔ 0,2235
02408147	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,71	➔ 0,2235
			100	22,35	➔ 0,2235
02308908	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	31,49	1,1246
02356724	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,71	➔ 0,2235
			100	22,35	➔ 0,2235
02357038	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,71	➔ 0,2235
02367033	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	30	6,71	➔ 0,2235
02384760	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,71	➔ 0,2235

Co.			320 mg - 25 mg PPB		
02382598	<i>Apo-Valsartan/HCTZ</i>	Apotex	30	6,69	➔ 0,2231
02408155	<i>Auro-Valsartan HCT</i>	Aurobindo	30	6,69	➔ 0,2231
			100	22,31	➔ 0,2231
02308916	<i>Diovan-HCT</i>	Novartis	28	31,49	1,1246
02356732	<i>Sandoz Valsartan HCT</i>	Sandoz	30	6,69	➔ 0,2231
			100	22,31	➔ 0,2231
02357046	<i>Teva Valsartan/HCTZ</i>	Teva Can	30	6,69	➔ 0,2231
02367041	<i>Valsartan HCT</i>	Sanis	100	22,31	➔ 0,2231
02384779	<i>Valsartan HCT</i>	Sivem	30	6,69	➔ 0,2231

24:32.20
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DE L'ALDOSTERONE
SPIRONOLACTONE 

Co.			25 mg PPB		
00028606	<i>Aldactone</i>	Pfizer	100	7,47	0,0747
02488140	<i>Mint-Spironolactone</i>	Mint	500	34,60	➔ 0,0692
00613215	<i>Teva-Spironolactone</i>	Teva Can	500	34,60	➔ 0,0692

Co.			100 mg PPB		
02488159	<i>Mint-Spironolactone</i>	Mint	100	19,10	➔ 0,1910
00613223	<i>Teva-Spironolactone</i>	Teva Can	100	19,10	➔ 0,1910

28:00

MÉDICAMENTS S.N.C.

- 28:08 analgésiques et antipyrétiques**
- 28:08.04 anti-inflammatoires non stéroïdiens
- 28:08.08 agonistes des opiacés
- 28:08.12 agonistes partiels des opiacés
- 28:08.92 divers analgésiques et antipyrétiques
- 28:10 antidotes narcotiques**
- 28:10.92 antidotes, divers
- 28:12 anticonvulsivants**
- 28:12.04 barbituriques
- 28:12.08 benzodiazépines
- 28:12.12 hydantoïnes
- 28:12.20 succinimides
- 28:12.92 divers anticonvulsivants
- 28:16 psychotropes**
- 28:16.04 antidépresseurs
- 28:16.08 antipsychotiques
- 28:20 stimulants s.n.c.**
- 28:20.04 amphétamines
- 28:20.92 autres stimulants s.n.c.
- 28:24 anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques**
- 28:24.08 benzodiazépines
- 28:24.92 divers anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques
- 28:28 autres psychotropes**
- 28:32 antimigraineux**
- 28:32.28 agonistes des récepteurs 5HT-1
- 28:32.92 autres antimigraineux
- 28:36 Antiparkinsoniens**
- 28:36.04 Adamantanes
- 28:36.08 Anticholinergiques
- 28:36.12 Inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase
- 28:36.16 Précurseurs de la dopamine
- 28:36.20 Agonistes de la dopamine
- 28:36.32 Inhibiteurs de la monoamine oxydase de type B
- 28:36.92 Autres antiparkinsoniens
- 28:92 médicaments S.N.C. divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:08.04
ANTI-INFLAMMATOIRES NON STÉROÏDIENS
ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)

Co. Ent.		325 mg PPB			
02010526	<i>Jamp-AAS EC</i>	Jamp	500	13,98	➔ 0,0280
02284529	<i>pms-ASA EC</i>	Phmscience	1000	27,96	R

Co. Ent.		650 mg			
00794244	<i>AAS à enrobage entérosoluble</i>	Jamp	500	27,50	0,0550

Co. ou Co.Ent ou Co.Croq		80 mg ou 81 mg PPB			
02461471	<i>Apo-ASA LD</i>	Apotex	1000	53,00	➔ 0,0530
02497115	<i>ASA 80 mg croquable</i>	Altamed	500	26,50	➔ 0,0530
02427176	<i>ASA EC (80 mg)</i>	Sanis	500	26,50	➔ 0,0530
02009013	<i>Asaphen</i>	Phmscience	100	5,30	➔ 0,0530
			500	26,50	➔ 0,0530
02238545	<i>Asaphen E.C.</i>	Phmscience	500	26,50	➔ 0,0530
			1000	53,00	➔ 0,0530
02280167	<i>Asatab</i>	Odan	100	5,30	➔ 0,0530
			500	26,50	➔ 0,0530
02250675	<i>Euro-ASA</i>	Euro-Pharm	500	26,50	➔ 0,0530
02283905	<i>Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)</i>	Jamp	1000	53,00	➔ 0,0530
02269139	<i>Jamp-A.A.S. (Co.Croq.)</i>	Jamp	500	26,50	➔ 0,0530
02427206	<i>Jamp-ASA 81 mg EC</i>	Jamp	300	15,90	➔ 0,0530
			1000	53,00	➔ 0,0530
02296004	<i>Lowprin (co. croq.)</i>	Sandoz	30	1,59	➔ 0,0530
			500	26,50	➔ 0,0530
02295563	<i>Lowprin (co.)</i>	Euro-Pharm	30	1,59	➔ 0,0530
			500	26,50	➔ 0,0530
02429950	<i>M-ASA 80 mg croquable</i>	Mantra Ph.	500	26,50	➔ 0,0530
02311496	<i>Pro-AAS EC-80</i>	Pro Doc	1000	53,00	➔ 0,0530
02311518	<i>Pro-AAS-80 (croquable)</i>	Pro Doc	500	26,50	➔ 0,0530
02202352	<i>Rivasa (Co. Croq.)</i>	Riva	100	5,30	➔ 0,0530
			500	26,50	➔ 0,0530
02485222	<i>Rivasa 80 mg EC</i>	Riva	1000	53,00	➔ 0,0530
02420279	<i>Rivasa 81 mg EC</i>	Riva	1000	53,00	➔ 0,0530
02202360	<i>Rivasa FC (Co.)</i>	Riva	100	5,30	➔ 0,0530
			1000	53,00	➔ 0,0530

Supp.		640 mg à 650 mg			
00582867	<i>pms-ASA</i>	Phmscience	10	11,00	1,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CÉLÉCOXIB 

Caps.

100 mg **PPB**

02420155	<i>ACT Celecoxib</i>	ActavisPhm	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02437570	<i>AG-Celecoxib</i>	Angita	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02418932	<i>Apo-Celecoxib</i>	Apotex	100	12,79	➔	0,1279
02445670	<i>Auro-Celecoxib</i>	Aurobindo	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02426382	<i>Bio-Celecoxib</i>	Biomed	100	12,79	➔	0,1279
02239941	<i>Celebrex</i>	Upjohn	100	67,58		0,6758
02477661	<i>Celecoxib</i>	Altamed	100	12,79	➔	0,1279
02424371	<i>Celecoxib</i>	Pro Doc	500	63,95	➔	0,1279
02436299	<i>Celecoxib</i>	Sanis	500	63,95	➔	0,1279
02429675	<i>Celecoxib</i>	Sivem	100	12,79	➔	0,1279
02424533	<i>Jamp-Celecoxib</i>	Jamp	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02420058	<i>Mar-Celecoxib</i>	Marcan	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02495465	<i>M-Celecoxib</i>	Mantra Ph.	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02412497	<i>Mint-Celecoxib</i>	Mint	100	12,79	➔	0,1279
02479737	<i>NRA-Celecoxib</i>	Nora	100	12,79	➔	0,1279
02355442	<i>pms-Celecoxib</i>	Phmscience	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02426366	<i>Priva-Celecoxib</i>	Pharmapar	100	12,79	➔	0,1279
02412373	<i>Ran-Celecoxib</i>	Ranbaxy	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02425386	<i>Riva-Celecox</i>	Riva	100	12,79	➔	0,1279
02442639	<i>SDZ Celecoxib</i>	Sandoz	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279
02288915	<i>Teva-Celecoxib</i>	Teva Can	100	12,79	➔	0,1279
			500	63,95	➔	0,1279

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			200 mg PPB		
02420163	<i>ACT Celecoxib</i>	ActavisPhm	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02437589	<i>AG-Celecoxib</i>	Angita	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02418940	<i>Apo-Celecoxib</i>	Apotex	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02445689	<i>Auro-Celecoxib</i>	Aurobindo	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02426390	<i>Bio-Celecoxib</i>	Biomed	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02239942	<i>Celebrex</i>	Upjohn	100	135,15	1,3515
02477688	<i>Celecoxib</i>	Altamed	500	127,90	➔ 0,2558
02424398	<i>Celecoxib</i>	Pro Doc	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02436302	<i>Celecoxib</i>	Sanis	500	127,90	➔ 0,2558
02429683	<i>Celecoxib</i>	Sivem	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02424541	<i>Jamp-Celecoxib</i>	Jamp	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02420066	<i>Mar-Celecoxib</i>	Marcan	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02495473	<i>M-Celecoxib</i>	Mantra Ph.	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02412500	<i>Mint-Celecoxib</i>	Mint	100	25,58	➔ 0,2558
02479745	<i>NRA-Celecoxib</i>	Nora	500	127,90	➔ 0,2558
02355450	<i>pms-Celecoxib</i>	Phmscience	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02426374	<i>Priva-Celecoxib</i>	Pharmapar	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02412381	<i>Ran-Celecoxib</i>	Ranbaxy	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02425394	<i>Riva-Celecox</i>	Riva	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02442647	<i>SDZ Celecoxib</i>	Sandoz	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558
02288923	<i>Teva-Celecoxib</i>	Teva Can	100	25,58	➔ 0,2558
			500	127,90	➔ 0,2558

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DICLOFÉNAC (POTASSIQUE OU SODIQUE) 

Co - Co Ent ou Co LA

 50 mg /50 mg L.A. /100 mg L.A. **PPB**

00839183	<i>Apo-Diclo 50 mg</i>	Apotex	100	20,24	➔	0,2024
			500	101,20	➔	0,2024
02243433	<i>Apo-Diclo Rapide 50 mg</i>	Apotex	100	20,24	➔	0,2024
02091194	<i>Apo-Diclo SR 100 mg</i>	Apotex	100	40,48	➔	0,4048
02352397	<i>Diclofenac EC</i>	Sanis	100	20,24	➔	0,2024
02351684	<i>Diclofenac K</i>	Sanis	100	20,24	➔	0,2024
00870978	<i>Diclofenac-50</i>	Pro Doc	100	20,24	➔	0,2024
02224127	<i>Diclofenac-SR 100 mg</i>	Pro Doc	100	40,48	➔	0,4048
00808547	<i>Novo-Difenac 50 mg</i>	Novopharm	100	20,24	➔	0,2024
			500	101,20	➔	0,2024
02048698	<i>Novo-Difenac SR 100 mg</i>	Novopharm	100	40,48	➔	0,4048
02302624	<i>pms-Diclofenac 50 mg</i>	Phmscience	100	20,24	➔	0,2024
			500	101,20	➔	0,2024
02239753	<i>pms-Diclofenac-K 50 mg</i>	Phmscience	100	20,24	➔	0,2024
			500	101,20	➔	0,2024
02231505	<i>pms-Diclofenac-SR 100 mg</i>	Phmscience	100	40,48	➔	0,4048
			250	101,20	➔	0,4048
02311461	<i>Pro-Diclo Rapide-50</i>	Pro Doc	100	20,24	➔	0,2024
02261960	<i>Sandoz Diclofenac 50 mg</i>	Sandoz	100	20,24	➔	0,2024
02261774	<i>Sandoz Diclofenac Rapide 50 mg</i>	Sandoz	100	20,24	➔	0,2024
02261944	<i>Sandoz Diclofenac SR 100 mg</i>	Sandoz	100	40,48	➔	0,4048
02239355	<i>Teva-Diclofenac K</i>	Teva Can	100	20,24	➔	0,2024
00514012	<i>Voltaren 50 mg</i>	Novartis	100	72,81		0,7281
00881635	<i>Voltaren Rapide 50 mg</i>	Novartis	100	68,46		0,6846
00590827	<i>Voltaren S.R. 100 mg</i>	Novartis	100	143,33		1,4333

DICLOFÉNAC SODIQUE 

Co. Ent. ou Co. L.A.

 25 mg / 75 mg L.A. **PPB**

00839175	<i>Apo-Diclo 25 mg</i>	Apotex	100	7,73	➔	0,0773
02162814	<i>Apo-Diclo S.R. 75 mg</i>	Apotex	100	23,19	➔	0,2319
02224119	<i>Diclofenac-SR 75 mg</i>	Pro Doc	100	23,19	➔	0,2319
00808539	<i>Novo-Difenac 25 mg</i>	Novopharm	100	7,73	➔	0,0773
02158582	<i>Novo-Difenac SR 75 mg</i>	Novopharm	100	23,19	➔	0,2319
02302616	<i>pms-Diclofenac 25 mg</i>	Phmscience	100	7,73	➔	0,0773
02231504	<i>pms-Diclofenac- SR 75 mg</i>	Phmscience	100	23,19	➔	0,2319
			500	116,00	➔	0,2320
02261952	<i>Sandoz Diclofenac</i>	Sandoz	100	7,73	➔	0,0773
02261901	<i>Sandoz Diclofenac SR 75 mg</i>	Sandoz	100	23,19	➔	0,2319
00782459	<i>Voltaren S.R. 75 mg</i>	Novartis	100	100,56		1,0056

Supp.

 50 mg **PPB**

02231506	<i>pms-Diclofenac</i>	Phmscience	30	13,02	➔	0,4339
02261928	<i>Sandoz Diclofenac</i>	Sandoz	30	13,02	➔	0,4339
00632724	<i>Voltaren</i>	Novartis	30	32,79		1,0930

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp.			100 mg PPB		
02231508	<i>pms-Diclofenac</i>	Phmscience	30	17,52 ➡	0,5840
02261936	<i>Sandoz Diclofenac</i>	Sandoz	30	17,52 ➡	0,5840
DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL 			50 mg - 200 mcg PPB		
Co.			50 mg - 200 mcg PPB		
01917056	<i>Arthrotec</i>	Pfizer	250	149,75	0,5990
02413469	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	78,73 ➡	0,3149
Co.			75 mg - 200 mcg PPB		
02229837	<i>Arthrotec 75</i>	Pfizer	250	203,81	0,8152
02413477	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	107,15 ➡	0,4286
FLURBIPROFÈNE 			50 mg		
Co.			50 mg		
01912046	<i>Flurbiprofen</i>	AA Pharma	100	22,21	0,2221
Co.			100 mg PPB		
01912038	<i>Flurbiprofen</i>	AA Pharma	100	30,39 ➡	0,3039
02100517	<i>Novo-Flurprofen</i>	Novopharm	100	30,39 ➡	0,3039
IBUPROFÈNE			200 mg PPB		
Co.			200 mg PPB		
00441643	<i>Apo-Ibuprofen</i>	Apotex	1000	51,00 ➡	0,0510
02368072	<i>Comprimés d'ibuprofène</i>	Jamp	100	5,10 ➡	0,0510
02272849	<i>Jamp-Ibuprofene</i>	Jamp	100	5,10 ➡	0,0510
Co.			400 mg		
02317338	<i>Ibuprofène</i>	Jamp	1000	37,20	0,0372
02401290	<i>Jamp-Ibuprofène</i>	Jamp	300	11,16	0,0372
Susp. Orale			100 mg/5 mL		
02354799	<i>Europrofen</i>	Pendopharm	120 ml	6,49	0,0541
INDOMÉTHACINE 			25 mg PPB		
Caps.			25 mg PPB		
02461811	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	100	15,19 ➡	0,1519
00337420	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100	15,19 ➡	0,1519
			1000	151,90 ➡	0,1519

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
			50 mg PPB		
02461536	<i>Mint-Indomethacin</i>	Mint	100	15,11 ➡	0,1511
00337439	<i>Teva-Indomethacin</i>	Teva Can	100	15,11 ➡	0,1511
			500	75,55 ➡	0,1511

			50 mg		
02231799	<i>Sandoz Indométhacine</i>	Sandoz	30	24,60	0,8200

			100 mg		
02231800	<i>Sandoz Indométhacine</i>	Sandoz	30	26,73	0,8910

KÉTOPROFÈNE

			50 mg		
00790427	<i>Ketoprofen 50 mg</i>	AA Pharma	100	33,73	0,3373

			100 mg		
00842664	<i>Ketoprofen-E 100 mg</i>	AA Pharma	100	68,23	0,6823

			200 mg		
02172577	<i>Ketoprofen SR 200 mg</i>	AA Pharma	100	138,90	1,3890

MÉLOXICAM

			7,5 mg PPB		
02250012	<i>ACT Meloxicam</i>	ActavisPhm	30	6,01 ➡	0,2003
			100	20,03 ➡	0,2003
02248973	<i>Apo-Méloxiam</i>	Apotex	100	20,03 ➡	0,2003
02390884	<i>Auro-Meloxicam</i>	Aurobindo	30	6,01 ➡	0,2003
			100	20,03 ➡	0,2003
02353148	<i>Meloxicam</i>	Sanis	100	20,03 ➡	0,2003
02242785	<i>Mobicox</i>	Bo. Ing.	100	80,11	0,8011
02258315	<i>Novo-Méloxiam</i>	Novopharm	30	6,01 ➡	0,2003
			100	20,03 ➡	0,2003
02248267	<i>pms-Méloxiam</i>	Phmscience	100	20,03 ➡	0,2003
02247889	<i>ratio-Méloxiam</i>	Ratiopharm	100	20,03 ➡	0,2003
			500	100,14 ➡	0,2003

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				15 mg PPB	
02250020	<i>ACT Meloxicam</i>	ActavisPhm	100	23,10	➔ 0,2310
02248974	<i>Apo-Méloxicom</i>	Apotex	100	23,10	➔ 0,2310
02390892	<i>Auro-Meloxicam</i>	Aurobindo	30	6,93	➔ 0,2310
			100	23,10	➔ 0,2310
02353156	<i>Meloxicam</i>	Sanis	100	23,10	➔ 0,2310
02242786	<i>Mobicox</i>	Bo. Ing.	100	92,43	0,9243
02248268	<i>pms-Méloxicom</i>	Phmscience	100	23,10	➔ 0,2310
02248031	<i>ratio-Méloxicom</i>	Ratiopharm	100	23,10	➔ 0,2310
			500	115,50	➔ 0,2310
02258323	<i>Teva-Meloxicam</i>	Teva Can	30	6,93	➔ 0,2310
			100	23,10	➔ 0,2310

NABUMÉTONE

Co.				500 mg	
02240867	<i>Novo-Nabumétone</i>	Novopharm	100	36,25	0,3625

NAPROXÈNE

Co.				125 mg	
00522678	<i>Apo-Naproxen</i>	Apotex	100	7,81	0,0781

Co. Ent. ou Co.				250 mg PPB	
00522651	<i>Apo-Naproxen 250 mg</i>	Apotex	100	10,68	➔ 0,1068
02246699	<i>Apo-Naproxen EC</i>	Apotex	100	10,68	➔ 0,1068
02350750	<i>Naproxen</i>	Sanis	100	10,68	➔ 0,1068
			500	53,40	➔ 0,1068
02350785	<i>Naproxen EC</i>	Sanis	100	10,68	➔ 0,1068
00590762	<i>Naproxen-250</i>	Pro Doc	100	10,68	➔ 0,1068
02243312	<i>Novo-Naprox EC</i>	Novopharm	100	10,68	➔ 0,1068
00565350	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	10,68	➔ 0,1068
			500	53,40	➔ 0,1068

Co. Ent. ou Co.				500 mg PPB	
00592277	<i>Apo-Naproxen</i>	Apotex	100	21,10	➔ 0,2110
			500	105,50	➔ 0,2110
02246701	<i>Apo-Naproxen EC</i>	Apotex	100	21,10	➔ 0,2110
02162423	<i>Naprosyn E</i>	Atnahs	100	98,82	0,9882
02350777	<i>Naproxen</i>	Sanis	100	21,10	➔ 0,2110
			500	105,50	➔ 0,2110
02350807	<i>Naproxen EC</i>	Sanis	100	21,10	➔ 0,2110
00618721	<i>Naproxen-500</i>	Pro Doc	500	105,50	➔ 0,2110
00589861	<i>Novo-Naprox</i>	Novopharm	100	21,10	➔ 0,2110
			500	105,50	➔ 0,2110
02243314	<i>Novo-Naprox EC</i>	Novopharm	100	21,10	➔ 0,2110
02294710	<i>pms-Naproxen EC</i>	Phmscience	100	21,10	➔ 0,2110
02310953	<i>Pro-Naproxen EC</i>	Pro Doc	100	21,10	➔ 0,2110

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. ou Co. Ent.

375 mg **PPB**

00600806	<i>Apo-Naproxen 375 mg</i>	Apotex	100	14,58	➔	0,1458
			500	72,90	➔	0,1458
02246700	<i>Apo-Naproxen EC 375 mg</i>	Apotex	100	14,58	➔	0,1458
02162415	<i>Naprosyn E 375 mg</i>	Atnahs	100	54,79		0,5479
02350769	<i>Naproxen</i>	Sanis	100	14,58	➔	0,1458
			500	72,90	➔	0,1458
02350793	<i>Naproxen EC</i>	Sanis	100	14,58	➔	0,1458
00655686	<i>Naproxen-375</i>	Pro Doc	100	14,58	➔	0,1458
02294702	<i>pms-Naproxen EC</i>	Phmscience	100	14,58	➔	0,1458
00627097	<i>Teva-Naproxen</i>	Teva Can	100	14,58	➔	0,1458
			500	72,90	➔	0,1458
02243313	<i>Teva-Naproxen-EC</i>	Teva Can	100	14,58	➔	0,1458

Susp. Orale

25 mg/mL

02162431	<i>Pediapharm Naproxen Suspension</i>	Pediapharm	474 ml	45,00		0,0949
----------	---------------------------------------	------------	--------	-------	--	--------

PIROXICAM 

Caps.

10 mg

00695718	<i>Novo-Pirocam</i>	Novopharm	100	22,13		0,2213
----------	---------------------	-----------	-----	-------	--	--------

Caps.

20 mg

00695696	<i>Novo-Pirocam</i>	Novopharm	100	37,11		0,3711
----------	---------------------	-----------	-----	-------	--	--------

SULINDAC 

Co.

150 mg

00745588	<i>Novo-Sundac</i>	Novopharm	100	38,24		0,3824
----------	--------------------	-----------	-----	-------	--	--------

Co.

200 mg

00745596	<i>Novo-Sundac</i>	Novopharm	100	39,20		0,3920
----------	--------------------	-----------	-----	-------	--	--------

TIAPROFÉNIQUE (ACIDE) 

Co.

200 mg

02179679	<i>Teva-Tiaprofenic</i>	Teva Can	100	34,37		0,3437
----------	-------------------------	----------	-----	-------	--	--------

Co.

300 mg

02179687	<i>Teva-Tiaprofenic</i>	Teva Can	100	32,57		0,3257
----------	-------------------------	----------	-----	-------	--	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:08.08

AGONISTES DES OPIACÉS

CODÉINE (BASE ET SULFATE) 

Co. L.A.

			50 mg		
02230302	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	18,60	0,3100

Co. L.A.

			100 mg		
02163748	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	37,20	0,6200

Co. L.A.

			150 mg		
02163780	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	56,28	0,9380

Co. L.A.

			200 mg		
02163799	<i>Codéine Contin</i>	Purdue	60	74,46	1,2410

CODÉINE (PHOSPHATE DE) 

Co.

			30 mg PPB		
02009757	<i>Codéine</i>	Riva	100	7,73	➔ 0,0773
			500	38,66	➔ 0,0773
00593451	<i>Teva-Codeine</i>	Teva Can	100	7,73	➔ 0,0773
			500	38,66	➔ 0,0773

FENTANYL 

Timbre cut.

			12 mcg/h PPB		
02386844	<i>Co Fentanyl</i>	Cobalt	5	11,14	➔ 2,2280
02341379	<i>pms-Fentanyl MTX</i>	Phmscience	5	11,14	➔ 2,2280
02330105	<i>Ran-Fentanyl Matrix Patch</i>	Ranbaxy	5	11,14	➔ 2,2280
02327112	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	11,14	➔ 2,2280
02311925	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	11,14	➔ 2,2280

Timbre cut.

			25 mcg/h PPB		
02386852	<i>Co Fentanyl</i>	Cobalt	5	18,28	➔ 3,6560
02341387	<i>pms-Fentanyl MTX</i>	Phmscience	5	18,28	➔ 3,6560
02330113	<i>Ran-Fentanyl Matrix Patch</i>	Ranbaxy	5	18,28	➔ 3,6560
02249391	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	18,28	➔ 3,6560
02327120	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	18,28	➔ 3,6560
02282941	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	18,28	➔ 3,6560

Timbre cut.

			37 mcg/h		
02327139	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	32,99	6,5980

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Timbre cut.

50 mcg/h **PPB**

02386879	<i>Co Fentanyl</i>	Cobalt	5	34,41	➔ 6,8820
02341395	<i>pms-Fentanyl MTX</i>	Phmscience	5	34,41	➔ 6,8820
02330121	<i>Ran-Fentanyl Matrix Patch</i>	Ranbaxy	5	34,41	➔ 6,8820
02249413	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	34,41	➔ 6,8820
02327147	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	34,41	➔ 6,8820
02282968	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	34,41	➔ 6,8820

Timbre cut.

75 mcg/h **PPB**

02386887	<i>Co Fentanyl</i>	Cobalt	5	48,40	➔ 9,6800
02341409	<i>pms-Fentanyl MTX</i>	Phmscience	5	48,40	➔ 9,6800
02330148	<i>Ran-Fentanyl Matrix Patch</i>	Ranbaxy	5	48,40	➔ 9,6800
02249421	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	48,40	➔ 9,6800
02327155	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	48,40	➔ 9,6800
02282976	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	48,40	➔ 9,6800

Timbre cut.

100 mcg/h **PPB**

02314665	<i>Apo-Fentanyl Matrix</i>	Apotex	5	60,25	➔ 12,0500
02386895	<i>Co Fentanyl</i>	Cobalt	5	60,25	➔ 12,0500
02341417	<i>pms-Fentanyl MTX</i>	Phmscience	5	60,25	➔ 12,0500
02330156	<i>Ran-Fentanyl Matrix Patch</i>	Ranbaxy	5	60,25	➔ 12,0500
02249448	<i>Ran-Fentanyl Transdermal System</i>	Ranbaxy	5	60,25	➔ 12,0500
02327163	<i>Sandoz Fentanyl Patch</i>	Sandoz	5	60,25	➔ 12,0500
02282984	<i>Teva-Fentanyl</i>	Teva Can	5	60,25	➔ 12,0500

HYDROMORPHONE (CHLORHYDRATE D') ®

Caps. L.A. (12 h)

3 mg

02125323	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	36,14	0,6023
----------	--------------------------	--------	----	-------	--------

Caps. L.A. (12 h)

4,5 mg

02359502	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	43,65	0,7275
----------	--------------------------	--------	----	-------	--------

Caps. L.A. (12 h)

6 mg

02125331	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	54,18	0,9030
----------	--------------------------	--------	----	-------	--------

Caps. L.A. (12 h)

9 mg

02359510	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	71,55	1,1925
----------	--------------------------	--------	----	-------	--------

Caps. L.A. (12 h)

12 mg

02125366	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	93,92	1,5653
----------	--------------------------	--------	----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (12 h)				18 mg	
02243562	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	135,54	2,2590
Caps. L.A. (12 h)				24 mg	
02125382	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	156,83	2,6138
Caps. L.A. (12 h)				30 mg	
02125390	<i>Hydromorph Contin</i>	Purdue	60	187,85	3,1308
Co.				1 mg PPB	
02364115	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	9,50 ➡	0,0950
00705438	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	9,50 ➡	0,0950
00885444	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	9,50 ➡	0,0950
02319403	<i>Teva Hydromorphone</i>	Teva Can	100	9,50 ➡	0,0950
Co.				2 mg PPB	
02364123	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	14,16 ➡	0,1416
00125083	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	14,16 ➡	0,1416
00885436	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	14,16 ➡	0,1416
02319411	<i>Teva Hydromorphone</i>	Teva Can	100	14,16 ➡	0,1416
Co.				4 mg PPB	
02364131	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	22,40 ➡	0,2240
00125121	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	22,40 ➡	0,2240
00885401	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	22,40 ➡	0,2240
02319438	<i>Teva Hydromorphone</i>	Teva Can	100	22,40 ➡	0,2240
Co.				8 mg PPB	
02364158	<i>Apo-Hydromorphone</i>	Apotex	100	35,28 ➡	0,3528
00786543	<i>Dilaudid</i>	Purdue	100	35,28 ➡	0,3528
00885428	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	100	35,28 ➡	0,3528
02319446	<i>Teva Hydromorphone</i>	Teva Can	100	35,28 ➡	0,3528
Sir.				1 mg/mL	
01916386	<i>pms-Hydromorphone</i>	Phmscience	500 ml	32,60	0,0652
Sol. Inj.				2 mg/mL (1 mL) PPB	
02460602	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone</i>	Sterimax	10	16,47 ➡	1,6470
+ 02491699	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone injectable</i>	Fresenius	25	41,18 ➡	1,6470
02145901	<i>Hydromorphone</i>	Sandoz	10	16,47 ➡	1,6470

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			10 mg/mL PPB		
02460610	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone HP 10</i>	Sterimax	1 ml	➡ 3,65	
			5 ml	➡ 18,23	
			50 ml	➡ 182,25	
+ 02491680	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone injectable</i>	Fresenius	10 ml	➡ 36,45	
			50 ml	➡ 182,25	
02145928	<i>Hydromorphone HP 10</i>	Sandoz	1 ml	➡ 3,65	
			5 ml	➡ 18,23	
			50 ml	➡ 182,25	

Sol. Inj.			20 mg/mL		
02145936	<i>Hydromorphone HP 20</i>	Sandoz	50 ml	468,77	

Sol. Inj.			50 mg/mL PPB		
02469413	<i>Chlorhydrate d'hydromorphone HP 50</i>	Sterimax	1 ml	➡ 21,13	
			50 ml	➡ 347,63	
02146126	<i>Hydromorphone HP 50</i>	Sandoz	50 ml	➡ 347,63	
99003163	<i>Hydromorphone HP 50</i>	Sandoz	1 ml	➡ 21,13	

MÉPÉRIDINE (CHLORHYDRATE DE) [®]

Co.			50 mg		
02138018	<i>Demerol</i>	SanofiAven	100	13,09	0,1309

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) [®]

Co.			1 mg		
02247698	<i>Metadol</i>	Paladin	100	16,73	0,1673

Co.			5 mg		
02247699	<i>Metadol</i>	Paladin	100	55,75	0,5575

Co.			10 mg		
02247700	<i>Metadol</i>	Paladin	100	89,21	0,8921

Co.			25 mg		
02247701	<i>Metadol</i>	Paladin	100	167,26	1,6726

Sol. Orale			1 mg/mL		
02247694	<i>Metadol</i>	Paladin	250 ml	25,18	0,1007

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale			10 mg/mL PPB		
* 02495783	<i>Jamp Methadone Oral Concentrate</i>	Jamp	1000 ml	52,50 ➔	0,0525
02241377	<i>Metadol</i>	Paladin	100 ml	36,42	0,3642
* 02244290	<i>Metadol-D</i>	Paladin	100 ml	11,15 ➔	0,1115
			1000 ml	52,50 ➔	0,0525
* 02394596	<i>Methadose</i>	Mallinckro	1000 ml	52,50 ➔	0,0525
* 02394618	<i>Methadose (sans sucre)</i>	Mallinckro	1000 ml	52,50 ➔	0,0525
+ 02495872	<i>Odan-Methadone</i>	Odan	1000 ml	52,50 ➔	0,0525
+ 02495880	<i>Odan-Methadone (sans sucre)</i>	Odan	1000 ml	52,50 ➔	0,0525
* 02481979	<i>Sandoz Methadone</i>	Sandoz	1000 ml	52,50 ➔	0,0525

MORPHINE (CHLORHYDRATE OU SULFATE DE) Ⓜ

Caps. L.A.			10 mg		
02019930	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	6,50	0,3250
			50	16,25	0,3250

Caps. L.A.			15 mg		
02177749	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	3,88	0,1940
			50	9,69	0,1938

Caps. L.A.			30 mg		
02019949	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	5,86	0,2930
			50	14,64	0,2928

Caps. L.A.			60 mg		
02019957	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	10,32	0,5160
			50	25,80	0,5160

Caps. L.A.			100 mg		
02019965	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	20	15,89	0,7945
			50	39,72	0,7944

Caps. L.A.			200 mg		
02177757	<i>M-Eslon</i>	Ethypharm	50	73,12	1,4624

Caps. L.A. (24 h)			10 mg		
02242163	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	100	36,38	0,3638

Caps. L.A. (24 h)			20 mg		
02184435	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	100	61,32	0,6132

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A. (24 h)				50 mg	
02184443	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	100	128,75	1,2875
Caps. L.A. (24 h)				100 mg	
02184451	<i>Kadian</i>	BGP Pharma	50	112,27	2,2454
Caps. ou Co.				5 mg PPB	
02014203	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	6,27 ➡	0,1045
00594652	<i>Statex</i>	Paladin	100	10,45 ➡	0,1045
Caps. ou Co.				10 mg PPB	
02014211	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	9,69 ➡	0,1615
00594644	<i>Statex</i>	Paladin	100	16,15 ➡	0,1615
Co.				20 mg	
02014238	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	18,92	0,3154
Co.				25 mg PPB	
02009749	<i>M.O.S. - Sulfate-25</i>	Valeant	100	22,50 ➡	0,2250
00594636	<i>Statex</i>	Paladin	100	22,50 ➡	0,2250
Co.				30 mg	
02014254	<i>MS-IR</i>	Purdue	60	24,35	0,4058
Co.				50 mg PPB	
02009706	<i>M.O.S. - Sulfate-50</i>	Valeant	100	34,50 ➡	0,3450
00675962	<i>Statex</i>	Paladin	100	34,50 ➡	0,3450
Co. L.A.				15 mg PPB	
02350815	<i>Morphine SR</i>	Sanis	50	11,59 ➡	0,2317
02015439	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	39,42	0,6570
02302764	<i>Novo-Morphine SR</i>	Novopharm	50	11,59 ➡	0,2317
02244790	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	100	23,17 ➡	0,2317
Co. L.A.				30 mg PPB	
00776181	<i>M.O.S.-S.R.</i>	Valeant	50	17,90	0,3580
02350890	<i>Morphine SR</i>	Sanis	100	35,00 ➡	0,3500
02014297	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	59,46	0,9910
02302772	<i>Novo-Morphine SR</i>	Novopharm	50	17,50 ➡	0,3500
			100	35,00 ➡	0,3500
02244791	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	100	35,00 ➡	0,3500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			60 mg PPB		
00776203	<i>M.O.S.-S.R.</i>	Valeant	50	31,56	0,6312
02350912	<i>Morphine SR</i>	Sanis	100	61,67 ➔	0,6167
02014300	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	104,94	1,7490
02302780	<i>Novo-Morphine SR</i>	Novopharm	50	30,84 ➔	0,6167
			100	61,67 ➔	0,6167
02244792	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	100	61,67 ➔	0,6167
Co. L.A.			100 mg PPB		
02014319	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	160,02	2,6670
02302799	<i>Novo-Morphine SR</i>	Novopharm	50	47,01 ➔	0,9402
02478889	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	50	47,01 ➔	0,9402
Co. L.A.			200 mg PPB		
02014327	<i>MS Contin</i>	Purdue	60	297,54	4,9590
02302802	<i>Novo-Morphine SR</i>	Novopharm	50	87,40 ➔	1,7480
02478897	<i>Sandoz Morphine SR</i>	Sandoz	50	87,40 ➔	1,7480
Sir.			1 mg/mL		
* 00614491	<i>Doloral 1</i>	Atlas	225 ml	3,40	0,0151
			500 ml	7,56	0,0151
Sir.			5 mg/mL		
* 00614505	<i>Doloral 5</i>	Atlas	225 ml	8,67	0,0385
			500 ml	19,26	0,0385
Sol. Inj.			2 mg/mL PPB		
02242484	<i>Morphine (sulfate de)</i>	Sandoz	1 ml	➔ 2,25	
02482681	<i>Sulfate de morphine injectable</i>	Fresenius	1 ml	➔ 2,25	
Sol. Inj.			10 mg/mL PPB		
00392588	<i>Morphine (sulfate de)</i>	Sandoz	1 ml	➔ 2,39	
02482746	<i>Sulfate de morphine injectable</i>	Fresenius	1 ml	➔ 2,39	
02474980	<i>Sulfate de morphine injection</i>	Sterimax	10	23,86 ➔	2,3860
Sol. Inj.			50 mg/mL		
00617288	<i>Morphine H.P. 50</i>	Sandoz	1 ml	6,82	
			10 ml	68,20	
			50 ml	340,98	
Supp.			10 mg		
00632201	<i>Statex</i>	Paladin	10	16,37	1,6370

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Supp.					
00596965	Statex	Paladin	10	19,37	1,9370

Supp.					
00639389	Statex	Paladin	10	21,51	2,1510

OXYCODONE (CHLORHYDRATE D')

Co.					
5 mg PPB					
02319977	<i>pms-Oxycodone</i>	Phmscience	100	12,87	➔ 0,1287
00789739	<i>Supeudol</i>	Sandoz	100	12,87	➔ 0,1287

Co.					
10 mg PPB					
02240131	<i>Oxy IR</i>	Purdue	60	22,92	0,3820
02319985	<i>pms-Oxycodone</i>	Phmscience	100	18,96	➔ 0,1896
00443948	<i>Supeudol</i>	Sandoz	100	18,96	➔ 0,1896

Co.					
20 mg PPB					
02240132	<i>Oxy IR</i>	Purdue	60	39,96	0,6660
02319993	<i>pms-Oxycodone</i>	Phmscience	50	14,82	➔ 0,2964
02262983	<i>Supeudol 20</i>	Sandoz	50	14,82	➔ 0,2964

Supp.					
10 mg					
00392480	<i>Supeudol</i>	Sandoz	12	27,12	2,2600

Supp.					
20 mg					
00392472	<i>Supeudol</i>	Sandoz	12	34,44	2,8700

28:08.12 AGONISTES PARTIELS DES OPIACÉS BUTORPHANOL (TARTRATE DE)

Vap. nasal					
10 mg/mL					
02242504	<i>Butorphanol</i>	AA Pharma	2,5 ml	56,53	

PENTAZOCINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.					
50 mg					
02137984	<i>Talwin</i>	SanofiAven	100	37,74	0,3774

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:08.92
DIVERS ANALGÉSQUES ET ANTIPYRÉTIQUES
ACÉTAMINOPHÈNE

Co.		325 mg PPB			
02022214	Acétaminophène	Riva	1000	11,40	➔ 0,0114
02252805	Acétaminophène 325 mg	Cellchem	500	5,70	➔ 0,0114
			1000	11,40	➔ 0,0114
02362198	Acétaminophène Caplet 325	Riva	1000	11,40	➔ 0,0114
01938088	Jamp-Acétaminophène	Jamp	1000	11,40	➔ 0,0114
02451018	M-Acetaminophen 325	Mantra Ph.	1000	11,40	➔ 0,0114
00389218	Novo-Gesic	Novopharm	1000	11,40	➔ 0,0114

Co.		500 mg PPB			
02022222	Acétaminophène	Riva	1000	14,90	➔ 0,0149
02255251	Acétaminophène 500 mg EF facile à avaler	Cellchem	100	1,49	➔ 0,0149
			1000	14,90	➔ 0,0149
02252813	Acétaminophène 500 mg Extra fort	Cellchem	500	7,45	➔ 0,0149
			1000	14,90	➔ 0,0149
02362201	Acétaminophène Blason Shield 500	Riva	1000	14,90	➔ 0,0149
02362228	Acétaminophène Caplet 500	Riva	1000	14,90	➔ 0,0149
01939122	Jamp-Acétaminophène	Jamp	1000	14,90	➔ 0,0149
02355299	Jamp-Acétaminophène	Jamp	1000	14,90	➔ 0,0149
02343371	Jamp-Acétaminophène E.F.	Jamp	1000	14,90	➔ 0,0149
02451123	M-Acetaminophen 500	Mantra Ph.	1000	14,90	➔ 0,0149
00482323	Novo-Gesic Forte	Novopharm	1000	14,90	➔ 0,0149

Co. Croq.		80 mg PPB			
02017458	Acétaminophène	Riva	24	2,40	➔ 0,1000
02245010	Jamp-Acétaminophène	Jamp	24	2,40	➔ 0,1000

Co. Croq.		160 mg PPB			
02017431	Acétaminophène	Riva	20	2,95	➔ 0,1475
02246087	Jamp-Acétaminophène	Jamp	20	2,95	➔ 0,1475

Liq.		80 mg/5 mL PPB			
01905848	Acétaminophène	Trianon	100 ml	3,10	➔ 0,0310
00792713	pms-Acétaminophène	Phmscience	100 ml	3,10	➔ 0,0310

Liq.		160 mg/5 mL PPB			
01958836	Acétaminophène	Trianon	100 ml	3,65	➔ 0,0365
01901389	Jamp-Acétaminophène	Jamp	100 ml	3,65	➔ 0,0365
00792691	PDP-Acetaminophen solution	Pendopharm	500 ml	18,25	➔ 0,0365

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Orale Péd.			80 mg/mL PPB		
01905864	<i>Acétaminophène</i>	Trianon	15 ml	➡ 2,50	
			24 ml	➡ 2,87	
01935275	<i>Jamp-Acétaminophène</i>	Jamp	24 ml	➡ 2,87	
02027801	<i>Pédiatrix</i>	Teva Can	24 ml	➡ 2,87	
			500 ml	59,79	➡ 0,1196

Supp.			120 mg		
02230434	<i>Acet 120</i>	Pendopharm	12	5,93	0,4942

Supp.			160 mg		
02230435	<i>Acet 160</i>	Pendopharm	12	7,73	0,6442

Supp.			325 mg		
02230436	<i>Acet 325</i>	Pendopharm	12	7,31	0,6092

Supp.			650 mg		
02230437	<i>Acet 650</i>	Pendopharm	12	9,13	0,7608

ACÉTAMINOPHÈNE/ CODÉINE (PHOSPHATE DE)

Co.			300 mg - 30 mg PPB		
02232658	<i>Procet-30</i>	Pro Doc	500	65,00	➡ 0,1300
00608882	<i>Teva-Emtec-30</i>	Teva Can	500	65,00	➡ 0,1300
00789828	<i>Triatec-30</i>	Riva	100	13,00	➡ 0,1300
			500	65,00	➡ 0,1300

Co.			300 mg - 60 mg		
00621463	<i>Teva-Lenoltec No.4</i>	Teva Can	100	13,84	0,1384

Elix.			160 mg -8 mg/5 mL		
00816027	<i>pms-Acétaminophène avec codéine</i>	Phmscience	500 ml	38,45	0,0769

28:10

ANTIDOTES NARCOTIQUES

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE)

Vap. nasal			4 mg/0,1 mL		
99113725	<i>Vaporisateur nasal Narcan</i>	Adapt Phm	2	92,00	46,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

NALOXONE (CHLORHYDRATE DE) (POUR UTILISATEUR)

Sol. inj.

0,4 mg/mL **PPB**

02455935	<i>Chlorhydrate de naloxone Injectable</i>	Oméga	1 ml	➔	13,75	
02453258	<i>S.O.S Naloxone Hydrochloride Injection</i>	Sandoz	1 ml	➔	13,75	

NALTREXONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

50 mg **PPB**

02444275	<i>Apo-Naltrexone</i>	Apotex	30		84,23	➔ 2,8075
02451883	<i>Comprimés de chlorhydrate de naltrexone</i>	Jamp	28		78,61	➔ 2,8075
02213826	<i>Revía</i>	Teva Can	50		140,38	➔ 2,8075

28:10.92

ANTIDOTES, DIVERS

BUPRÉNOPHINE/NALOXONE

Co. S-Ling.

2 mg - 0,5 mg **PPB**

02453908	<i>ACT Buprenorphine/ Naloxone</i>	ActavisPhm	30		20,03	➔ 0,6675
02424851	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience	30		20,03	➔ 0,6675
02295695	<i>Suboxone</i>	Indivior	28		74,76	2,6700

Co. S-Ling.

8 mg - 2 mg **PPB**

02453916	<i>ACT Buprenorphine/ Naloxone</i>	ActavisPhm	30		35,48	➔ 1,1825
02424878	<i>pms-Buprenorphine/ Naloxone</i>	Phmscience	30		35,48	➔ 1,1825
02295709	<i>Suboxone</i>	Indivior	28		132,44	4,7300

28:12.04

BARBITURIQUES

PHÉNOBARBITAL

Co.

15 mg

00178799	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500		69,70	0,1394
----------	------------------	------------	-----	--	-------	--------

Co.

30 mg

00178802	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500		79,00	0,1580
----------	------------------	------------	-----	--	-------	--------

Co.

60 mg

00178810	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500		112,45	0,2249
----------	------------------	------------	-----	--	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg	
00178829	<i>Phenobarb</i>	Pendopharm	500	153,90	0,3078

Elix.				25 mg/5 mL	
00645575	<i>Phenobarb élixir</i>	Pendopharm	100 ml	14,24	0,1424

PRIMIDONE

Co.				125 mg	
00399310	<i>Primidone</i>	AA Pharma	100	5,64	0,0564

Co.				250 mg	
00396761	<i>Primidone</i>	AA Pharma	100	8,87	0,0887

28:12.08

BENZODIAZÉPINES

CLOBAZAM

Co.				10 mg	PPB	
02244638	<i>Apo-Clobazam</i>	Apotex	30	6,59	➔	0,2197
02238334	<i>Teva-Clobazam</i>	Teva Can	30	6,59	➔	0,2197

CLONAZÉPAM

Co.				0,25 mg	PPB	
02442027	<i>Clonazepam</i>	Sivem	100	6,90	➔	0,0690
02179660	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	100	6,90	➔	0,0690

Co.				0,5 mg	PPB	
02177889	<i>Apo-Clonazepam</i>	Apotex	500	20,90	➔	0,0418
02442035	<i>Clonazepam</i>	Sivem	100	4,18	➔	0,0418
			500	20,90	➔	0,0418
02270641	<i>Co Clonazepam</i>	Cobalt	100	4,18	➔	0,0418
			500	20,90	➔	0,0418
02239024	<i>Novo-Clonazepam</i>	Novopharm	100	4,18	➔	0,0418
			500	20,90	➔	0,0418
02207818	<i>pms-Clonazépam-R</i>	Phmscience	100	4,18	➔	0,0418
			500	20,90	➔	0,0418
02311593	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	20,90	➔	0,0418
02242077	<i>Riva-Clonazepam</i>	Riva	100	4,18	➔	0,0418
			500	20,90	➔	0,0418
00382825	<i>Rivotril</i>	Roche	100	19,82		0,1982

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			1 mg PPB		
02442043	<i>Clonazepam</i>	Sivem	100	14,87	➔ 0,1487
			500	74,35	➔ 0,1487
02048728	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	100	14,87	➔ 0,1487
			500	74,35	➔ 0,1487
02311607	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	74,35	➔ 0,1487

Co.			2 mg PPB		
02177897	<i>Apo-Clonazepam</i>	Apotex	100	7,21	➔ 0,0721
			500	36,05	➔ 0,0721
02442051	<i>Clonazepam</i>	Sivem	100	7,21	➔ 0,0721
			500	36,05	➔ 0,0721
02048736	<i>pms-Clonazépam</i>	Phmscience	100	7,21	➔ 0,0721
			500	36,05	➔ 0,0721
02311615	<i>Pro-Clonazepam</i>	Pro Doc	500	36,05	➔ 0,0721
02242078	<i>Riva-Clonazepam</i>	Riva	100	7,21	➔ 0,0721
00382841	<i>Rivotril</i>	Roche	100	34,17	0,3417
02239025	<i>Teva-Clonazepam</i>	Novopharm	100	7,21	➔ 0,0721

28:12.12
HYDANTOÏNES
PHÉNYTOÏNE 

Co.			50 mg		
00023698	<i>Dilantin Infatabs</i>	Upjohn	100	7,35	0,0735

Susp. Orale			30 mg/5 mL		
00023442	<i>Dilantin-30</i>	Upjohn	250 ml	10,10	0,0404

Susp. Orale			125 mg/5 mL PPB		
00023450	<i>Dilantin-125</i>	Upjohn	250 ml	11,93	0,0477
02250896	<i>Taro-Phenytoin</i>	Taro	237 ml	7,37	➔ 0,0311

PHÉNYTOÏNE SODIQUE 

Caps.			30 mg		
00022772	<i>Dilantin</i>	Upjohn	100	12,86	0,1286

Caps.			100 mg PPB		
02460912	<i>Apo-Phenytoin Sodium</i>	Apotex	1000	66,50	➔ 0,0665
00022780	<i>Dilantin</i>	Upjohn	100	7,45	➔ 0,0745
			1000	67,14	0,0671

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:12.20

SUCCINIMIDES

ÉTHOSUXIMIDE 

Caps.

			250 mg		
00022799	Zarontin	Erfa	100	32,03	0,3203

Sir.

			250 mg/5 mL		
00023485	Zarontin	Erfa	500 ml	32,00	0,0640

MESUXIMIDE 

Caps.

			300 mg		
00022802	Celontin	Erfa	100	32,76	0,3276

28:12.92

DIVERS ANTICONVULSIVANTS

CARBAMAZÉPINE 

Co.

			200 mg PPB		
02407515	Taro-Carbamazepine	Taro	100	7,95	➔ 0,0795
			500	39,75	➔ 0,0795
00010405	Tégrétol	Novartis	100	32,18	0,3218
			500	156,30	0,3126
00782718	Teva-Carbamazepine	Teva Can	100	7,95	➔ 0,0795
			500	39,75	➔ 0,0795

Co. L.A.

			200 mg PPB		
02241882	Mylan-Carbamazepine CR	Mylan	100	9,30	➔ 0,0930
02231543	pms-Carbamazepine CR	Phmscience	100	9,30	➔ 0,0930
			500	46,48	➔ 0,0930
02261839	Sandoz Carbamazepine CR	Sandoz	100	9,30	➔ 0,0930
00773611	Tegretol CR	Novartis	100	33,08	0,3308

Co. L.A.

			400 mg PPB		
02231544	pms-Carbamazepine CR	Phmscience	100	18,59	➔ 0,1859
			500	92,94	➔ 0,1859
02261847	Sandoz Carbamazepine CR	Sandoz	100	18,59	➔ 0,1859
00755583	Tegretol CR	Novartis	100	66,16	0,6616

Susp. Orale

			100 mg/5 mL PPB		
02367394	Taro-Carbamazepine	Taro	450 ml	24,32	➔ 0,0540
02194333	Tégrétol	Novartis	450 ml	28,70	0,0638

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DIVALPROEX SODIQUE 

Co. Ent.

125 mg **PPB**

02239698	<i>Apo-Divalproex</i>	Apotex	100	7,24	➔	0,0724
00596418	<i>Epival 125</i>	BGP Pharma	100	24,14		0,2414
02458926	<i>Mylan-Divalproex</i>	Mylan	100	7,24	➔	0,0724
02239701	<i>Novo-Divalproex</i>	Novopharm	100	7,24	➔	0,0724

Co. Ent.

250 mg **PPB**

02239699	<i>Apo-Divalproex</i>	Apotex	100	13,01	➔	0,1301
00596426	<i>Epival 250</i>	BGP Pharma	100	43,37		0,4337
			500	216,87		0,4337
02458934	<i>Mylan-Divalproex</i>	Mylan	100	13,01	➔	0,1301
			500	65,07	➔	0,1301
02239702	<i>Novo-Divalproex</i>	Novopharm	100	13,01	➔	0,1301
			500	65,07	➔	0,1301

Co. Ent.

500 mg **PPB**

02239700	<i>Apo-Divalproex</i>	Apotex	100	26,04	➔	0,2604
00596434	<i>Epival 500</i>	BGP Pharma	100	86,81		0,8681
			500	434,01		0,8680
02459019	<i>Mylan-Divalproex</i>	Mylan	100	26,04	➔	0,2604
			500	130,20	➔	0,2604
02239703	<i>Novo-Divalproex</i>	Novopharm	100	26,04	➔	0,2604
			500	130,20	➔	0,2604

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

GABAPENTINE 

Caps.

100 mg **PPB**

02477912	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	4,16	➔	0,0416
02244304	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02321203	<i>Auro-Gabapentin</i>	Aurobindo	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02450143	<i>Bio-Gabapentin</i>	Biomed	100	4,16	➔	0,0416
02256142	<i>Co Gabapentin</i>	Cobalt	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02416840	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	4,16	➔	0,0416
02353245	<i>Gabapentin</i>	Sanis	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02246314	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02361469	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	4,16	➔	0,0416
02391473	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02084260	<i>Neurontin</i>	Upjohn	100	41,51		0,4151
02243446	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02450097	<i>Priva-Gabapentin</i>	Pharmapar	100	4,16	➔	0,0416
02310449	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02319055	<i>Ran-Gabapentin</i>	Ranbaxy	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02251167	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02244513	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	4,16	➔	0,0416
			500	20,80	➔	0,0416
02431408	<i>VAN-Gabapentin</i>	Vanc Phm	100	4,16	➔	0,0416

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			300 mg PPB		
02477920	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02244305	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02321211	<i>Auro-Gabapentin</i>	Aurobindo	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02450151	<i>Bio-Gabapentin</i>	Biomed	100	10,12	➔ 0,1012
02256150	<i>Co Gabapentin</i>	Cobalt	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02416859	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	10,12	➔ 0,1012
02353253	<i>Gabapentin</i>	Sanis	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02246315	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02361485	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02391481	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02084279	<i>Neurontin</i>	Upjohn	100	101,00	1,0100
02243447	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02450100	<i>Priva-Gabapentin</i>	Pharmapar	100	10,12	➔ 0,1012
02310457	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02319063	<i>Ran-Gabapentin</i>	Ranbaxy	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02251175	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02244514	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	10,12	➔ 0,1012
			500	50,60	➔ 0,1012
02431416	<i>VAN-Gabapentin</i>	Vanc Phm	100	10,12	➔ 0,1012

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			400 mg PPB		
02477939	<i>AG-Gabapentin</i>	Angita	100	12,06	➔ 0,1206
02244306	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02321238	<i>Auro-Gabapentin</i>	Aurobindo	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02450178	<i>Bio-Gabapentin</i>	Biomed	100	12,06	➔ 0,1206
02256169	<i>Co Gabapentin</i>	Cobalt	100	12,06	➔ 0,1206
02416867	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	12,06	➔ 0,1206
02353261	<i>Gabapentin</i>	Sanis	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02246316	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02361493	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02391503	<i>Mar-Gabapentin</i>	Marcan	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02084287	<i>Neurontin</i>	Upjohn	100	120,35	1,2035
02243448	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02450119	<i>Priva-Gabapentin</i>	Pharmapar	100	12,06	➔ 0,1206
02310465	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	12,06	➔ 0,1206
02319071	<i>Ran-Gabapentin</i>	Ranbaxy	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02260905	<i>ratio-Gabapentin</i>	Ratiopharm	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02251183	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02244515	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	12,06	➔ 0,1206
			500	60,30	➔ 0,1206
02431424	<i>VAN-Gabapentin</i>	Vanc Phm	100	12,06	➔ 0,1206

Co.			600 mg PPB		
02293358	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	18,09	➔ 0,1809
02428334	<i>Auro-Gabapentin</i>	Aurobindo	100	18,09	➔ 0,1809
02450186	<i>Bio-Gabapentin</i>	Biomed	100	18,09	➔ 0,1809
02410990	<i>Comprimés de gabapentine</i>	Glenmark	100	18,09	➔ 0,1809
02392526	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	18,09	➔ 0,1809
02431289	<i>Gabapentin</i>	Sanis	100	18,09	➔ 0,1809
02388200	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	18,09	➔ 0,1809
02402289	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	18,09	➔ 0,1809
02239717	<i>Neurontin</i>	Upjohn	100	181,65	1,8165
02255898	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	18,09	➔ 0,1809
02310473	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	18,09	➔ 0,1809
02259796	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	18,09	➔ 0,1809
			500	90,45	➔ 0,1809
02248457	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	18,09	➔ 0,1809
02432544	<i>VAN-Gabapentin</i>	Vanc Phm	100	18,09	➔ 0,1809

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			800 mg PPB		
02293366	<i>Apo-Gabapentin</i>	Apotex	100	24,12	➔ 0,2412
02428342	<i>Auro-Gabapentin</i>	Aurobindo	100	24,12	➔ 0,2412
02450194	<i>Bio-Gabapentin</i>	Biomed	100	24,12	➔ 0,2412
02411008	<i>Comprimés de gabapentine</i>	Glenmark	100	24,12	➔ 0,2412
02392534	<i>Gabapentin</i>	Accord	100	24,12	➔ 0,2412
02431297	<i>Gabapentin</i>	Sanis	100	24,12	➔ 0,2412
02388219	<i>Gabapentin</i>	Sivem	100	24,12	➔ 0,2412
02402297	<i>Jamp-Gabapentin</i>	Jamp	100	24,12	➔ 0,2412
02239718	<i>Neurontin</i>	Upjohn	100	242,19	2,4219
02255901	<i>pms-Gabapentin</i>	Phmscience	100	24,12	➔ 0,2412
02310481	<i>Pro-Gabapentin</i>	Pro Doc	100	24,12	➔ 0,2412
02259818	<i>Riva-Gabapentin</i>	Riva	100	24,12	➔ 0,2412
			500	120,60	➔ 0,2412
02247346	<i>Teva-Gabapentin</i>	Teva Can	100	24,12	➔ 0,2412
02432552	<i>VAN-Gabapentin</i>	Vanc Phm	100	24,12	➔ 0,2412

LAMOTRIGINE

Co.			25 mg PPB		
02245208	<i>Apo-Lamotrigine</i>	Apotex	100	6,98	➔ 0,0698
02381354	<i>Auro-Lamotrigine</i>	Aurobindo	100	6,98	➔ 0,0698
			1000	69,80	➔ 0,0698
02142082	<i>Lamictal</i>	GSK	100	35,78	0,3578
02343010	<i>Lamotrigine</i>	Sanis	100	6,98	➔ 0,0698
02428202	<i>Lamotrigine</i>	Sivem	100	6,98	➔ 0,0698
02302969	<i>Lamotrigine-25</i>	Pro Doc	100	6,98	➔ 0,0698
02265494	<i>Mylan-Lamotrigine</i>	Mylan	100	6,98	➔ 0,0698
02248232	<i>Novo-Lamotrigine</i>	Novopharm	100	6,98	➔ 0,0698
02246897	<i>pms-Lamotrigine</i>	Phmscience	100	6,98	➔ 0,0698
02243352	<i>ratio-Lamotrigine</i>	Ratiopharm	100	6,98	➔ 0,0698

Co.			100 mg PPB		
02245209	<i>Apo-Lamotrigine</i>	Apotex	100	27,87	➔ 0,2787
02381362	<i>Auro-Lamotrigine</i>	Aurobindo	100	27,87	➔ 0,2787
			1000	278,70	➔ 0,2787
02142104	<i>Lamictal</i>	GSK	100	143,10	1,4310
02343029	<i>Lamotrigine</i>	Sanis	100	27,87	➔ 0,2787
02428210	<i>Lamotrigine</i>	Sivem	100	27,87	➔ 0,2787
02302985	<i>Lamotrigine-100</i>	Pro Doc	100	27,87	➔ 0,2787
02265508	<i>Mylan-Lamotrigine</i>	Mylan	100	27,87	➔ 0,2787
			500	139,35	➔ 0,2787
02248233	<i>Novo-Lamotrigine</i>	Novopharm	100	27,87	➔ 0,2787
02246898	<i>pms-Lamotrigine</i>	Phmscience	100	27,87	➔ 0,2787
02243353	<i>ratio-Lamotrigine</i>	Ratiopharm	100	27,87	➔ 0,2787

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			150 mg PPB		
02245210	<i>Apo-Lamotrigine</i>	Apotex	100	41,07	➔ 0,4107
02381370	<i>Auro-Lamotrigine</i>	Aurobindo	60	24,64	➔ 0,4107
			100	41,07	➔ 0,4107
02142112	<i>Lamictal</i>	GSK	60	125,83	2,0972
02343037	<i>Lamotrigine</i>	Sanis	100	41,07	➔ 0,4107
02428229	<i>Lamotrigine</i>	Sivem	100	41,07	➔ 0,4107
02302993	<i>Lamotrigine-150</i>	Pro Doc	100	41,07	➔ 0,4107
02265516	<i>Mylan-Lamotrigine</i>	Mylan	100	41,07	➔ 0,4107
02248234	<i>Novo-Lamotrigine</i>	Novopharm	100	41,07	➔ 0,4107
02246899	<i>pms-Lamotrigine</i>	Phmscience	100	41,07	➔ 0,4107
02246963	<i>ratio-Lamotrigine</i>	Ratiopharm	60	24,64	➔ 0,4107

Co. Croq.			2 mg		
02243803	<i>Lamictal</i>	GSK	30	4,61	0,1537

Co. Croq.			5 mg		
* 02240115	<i>Lamictal</i>	GSK	30	4,63	0,1543

LÉVÉTIRACÉTAM

Co.			250 mg PPB		
02274183	<i>ACT Levetiracetam</i>	ActavisPhm	100	32,10	➔ 0,3210
02485192	<i>AG-Levetiracetam</i>	Angita	120	38,52	➔ 0,3210
02285924	<i>Apo-Levetiracetam</i>	Apotex	100	32,10	➔ 0,3210
02375249	<i>Auro-Levetiracetam</i>	Aurobindo	100	32,10	➔ 0,3210
			500	160,50	➔ 0,3210
02450348	<i>Bio-Levetiracetam</i>	Biomed	120	38,52	➔ 0,3210
02403005	<i>Jamp-Levetiracetam</i>	Jamp	120	38,52	➔ 0,3210
02247027	<i>Keppra</i>	U.C.B.	120	96,00	0,8000
02399776	<i>Levetiracetam</i>	Accord	120	38,52	➔ 0,3210
02454653	<i>Levetiracetam</i>	Phmscience	120	38,52	➔ 0,3210
02353342	<i>Levetiracetam</i>	Sanis	100	32,10	➔ 0,3210
02442531	<i>Levetiracetam</i>	Sivem	100	32,10	➔ 0,3210
02440202	<i>NAT-Levetiracetam</i>	Natco	120	38,52	➔ 0,3210
02499193	<i>NRA-Levetiracetam</i>	Nora	120	38,52	➔ 0,3210
02296101	<i>pms-Levetiracetam</i>	Phmscience	100	32,10	➔ 0,3210
02311372	<i>Pro-Levetiracetam-250</i>	Pro Doc	100	32,10	➔ 0,3210
02396106	<i>Ran-Levetiracetam</i>	Ranbaxy	100	32,10	➔ 0,3210
02482274	<i>Riva-Levetiracetam</i>	Riva	100	32,10	➔ 0,3210
02461986	<i>Sandoz Levetiracetam</i>	Sandoz	100	32,10	➔ 0,3210

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			500 mg PPB		
02274191	ACT Levetiracetam	ActavisPhm	100	39,11	➔ 0,3911
02485206	AG-Levetiracetam	Angita	120	46,93	➔ 0,3911
02285932	Apo-Levetiracetam	Apotex	100	39,11	➔ 0,3911
02375257	Auro-Levetiracetam	Aurobindo	100	39,11	➔ 0,3911
			500	195,55	➔ 0,3911
02450356	Bio-Levetiracetam	Biomed	120	46,93	➔ 0,3911
02403021	Jamp-Levetiracetam	Jamp	120	46,93	➔ 0,3911
02247028	Keppra	U.C.B.	120	117,00	➔ 0,9750
02399784	Levetiracetam	Accord	120	46,93	➔ 0,3911
02454661	Levetiracetam	Phmscience	120	46,93	➔ 0,3911
02353350	Levetiracetam	Sanis	100	39,11	➔ 0,3911
02442558	Levetiracetam	Sivem	100	39,11	➔ 0,3911
02440210	NAT-Levetiracetam	Natco	120	46,93	➔ 0,3911
02499207	NRA-Levetiracetam	Nora	120	46,93	➔ 0,3911
02296128	pms-Levetiracetam	Phmscience	100	39,11	➔ 0,3911
02311380	Pro-Levetiracetam-500	Pro Doc	100	39,11	➔ 0,3911
02396114	Ran-Levetiracetam	Ranbaxy	100	39,11	➔ 0,3911
02482282	Riva-Levetiracetam	Riva	100	39,11	➔ 0,3911
02461994	Sandoz Levetiracetam	Sandoz	100	39,11	➔ 0,3911

Co.			750 mg PPB		
02274205	ACT Levetiracetam	ActavisPhm	100	54,16	➔ 0,5416
02485214	AG-Levetiracetam	Angita	120	64,99	➔ 0,5416
02285940	Apo-Levetiracetam	Apotex	100	54,16	➔ 0,5416
02375265	Auro-Levetiracetam	Aurobindo	100	54,16	➔ 0,5416
			500	270,80	➔ 0,5416
02450364	Bio-Levetiracetam	Biomed	120	64,99	➔ 0,5416
02403048	Jamp-Levetiracetam	Jamp	120	64,99	➔ 0,5416
02247029	Keppra	U.C.B.	120	162,00	➔ 1,3500
02399792	Levetiracetam	Accord	120	64,99	➔ 0,5416
02454688	Levetiracetam	Phmscience	120	64,99	➔ 0,5416
02353369	Levetiracetam	Sanis	100	54,16	➔ 0,5416
02442566	Levetiracetam	Sivem	100	54,16	➔ 0,5416
02440229	NAT-Levetiracetam	Natco	120	64,99	➔ 0,5416
02499215	NRA-Levetiracetam	Nora	120	64,99	➔ 0,5416
02296136	pms-Levetiracetam	Phmscience	100	54,16	➔ 0,5416
02311399	Pro-Levetiracetam-750	Pro Doc	100	54,16	➔ 0,5416
02396122	Ran-Levetiracetam	Ranbaxy	100	54,16	➔ 0,5416
02482290	Riva-Levetiracetam	Riva	100	54,16	➔ 0,5416
02462001	Sandoz Levetiracetam	Sandoz	100	54,16	➔ 0,5416

Co.			1000 mg		
02462028	Sandoz Levetiracetam	Sandoz	100	72,21	➔ 0,7221

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PRÉGABALINE 

Caps.

25 mg **PPB**

02402912	<i>ACT Pregabalin</i>	ActavisPhm	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02480727	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02394235	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	14,81	➔	0,1481
02433869	<i>Auro-Pregabalin</i>	Aurobindo	100	14,81	➔	0,1481
02435977	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02268418	<i>Lyrca</i>	Upjohn	60	46,45		0,7742
02417529	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02423804	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	14,81	➔	0,1481
02467291	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02494841	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02479117	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02359596	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02474352	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02396483	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02476304	<i>Pregabalin</i>	Riva	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02405539	<i>Pregabalin</i>	Sanis	60	8,89	➔	0,1481
			100	14,81	➔	0,1481
02403692	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02392801	<i>Ran-Pregabalin</i>	Ranbaxy	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02377039	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02390817	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	14,81	➔	0,1481
			500	74,05	➔	0,1481
02361159	<i>Teva Pregabalin</i>	Teva Can	60	8,89	➔	0,1481

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			50 mg PPB		
02402920	<i>ACT Pregabalin</i>	ActavisPhm	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02480735	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02394243	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	23,24	➔ 0,2324
02433877	<i>Auro-Pregabalin</i>	Aurobindo	100	23,24	➔ 0,2324
02435985	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02268426	<i>Lyrice</i>	Upjohn	60	72,87	1,2145
02417537	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02423812	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	23,24	➔ 0,2324
02467305	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02494868	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02479125	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02359618	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02474360	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02396505	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02476312	<i>Pregabalin</i>	Riva	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02405547	<i>Pregabalin</i>	Sanis	60	13,94	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02403706	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02392828	<i>Ran-Pregabalin</i>	Ranbaxy	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02377047	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02390825	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	23,24	➔ 0,2324
			500	116,20	➔ 0,2324
02361175	<i>Teva Pregabalin</i>	Teva Can	60	13,94	➔ 0,2324

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			75 mg PPB		
02402939	<i>ACT Pregabalin</i>	ActavisPhm	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02480743	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02394251	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	30,07	➔ 0,3007
02433885	<i>Auro-Pregabalin</i>	Aurobindo	100	30,07	➔ 0,3007
02435993	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02268434	<i>Lyrice</i>	Upjohn	60	94,29	1,5715
02417545	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02424185	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	30,07	➔ 0,3007
02467313	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02494876	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02479133	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02359626	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02474379	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02396513	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02476320	<i>Pregabalin</i>	Riva	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02405555	<i>Pregabalin</i>	Sanis	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02403714	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02392836	<i>Ran-Pregabalin</i>	Ranbaxy	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02377055	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02390833	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	30,07	➔ 0,3007
			500	150,35	➔ 0,3007
02361183	<i>Teva Pregabalin</i>	Teva Can	60	18,04	➔ 0,3007
			100	30,07	➔ 0,3007

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			150 mg PPB		
02402955	<i>ACT Pregabalin</i>	ActavisPhm	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02480751	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02394278	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02433907	<i>Auro-Pregabalin</i>	Aurobindo	100	41,45	➔ 0,4145
02436000	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02268450	<i>Lyrice</i>	Upjohn	60	129,98	2,1663
02417561	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02424207	<i>Mint-Pregabalin</i>	Mint	100	41,45	➔ 0,4145
02467321	<i>M-Pregabalin</i>	Mantra Ph.	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02494884	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02479168	<i>NRA-Pregabalin</i>	Nora	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02359634	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02474387	<i>Pregabalin</i>	Altamed	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02396521	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02476347	<i>Pregabalin</i>	Riva	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02405563	<i>Pregabalin</i>	Sanis	100	41,45	➔ 0,4145
02403722	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02392844	<i>Ran-Pregabalin</i>	Ranbaxy	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02377063	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02390841	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02361205	<i>Teva Pregabalin</i>	Teva Can	60	24,87	➔ 0,4145
			100	41,45	➔ 0,4145

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			300 mg PPB		
02402998	<i>ACT Pregabalin</i>	ActavisPhm	100	41,45	➔ 0,4145
02480778	<i>AG-Pregabalin</i>	Angita	100	41,45	➔ 0,4145
02394294	<i>Apo-Pregabalin</i>	Apotex	100	41,45	➔ 0,4145
02436019	<i>Jamp-Pregabalin</i>	Jamp	100	41,45	➔ 0,4145
02268485	<i>Lyrica</i>	Upjohn	60	129,98	2,1663
02417618	<i>Mar-Pregabalin</i>	Marcan	100	41,45	➔ 0,4145
02494906	<i>NAT-Pregabalin</i>	Natco	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02359642	<i>pms-Pregabalin</i>	Phmscience	100	41,45	➔ 0,4145
02396548	<i>Pregabalin</i>	Pro Doc	100	41,45	➔ 0,4145
02476371	<i>Pregabalin</i>	Riva	100	41,45	➔ 0,4145
02405598	<i>Pregabalin</i>	Sanis	60	24,87	➔ 0,4145
			100	41,45	➔ 0,4145
02403730	<i>Pregabalin</i>	Sivem	100	41,45	➔ 0,4145
02392860	<i>Ran-Pregabalin</i>	Ranbaxy	100	41,45	➔ 0,4145
			500	207,25	➔ 0,4145
02377071	<i>Riva-Pregabalin</i>	Riva	100	41,45	➔ 0,4145
02390868	<i>Sandoz Pregabalin</i>	Sandoz	100	41,45	➔ 0,4145
02361248	<i>Teva Pregabalin</i>	Teva Can	60	24,87	➔ 0,4145

TOPIRAMATE

Caps. à saupoudrer			15 mg		
02239907	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	65,11	1,0852

Caps. à saupoudrer			25 mg		
02239908	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	68,34	1,1390

Co.			25 mg PPB		
02287765	<i>ACT Topiramate</i>	ActavisPhm	100	24,33	➔ 0,2433
02475936	<i>AG-Topiramate</i>	Angita	100	24,33	➔ 0,2433
02279614	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	24,33	➔ 0,2433
02345803	<i>Auro-Topiramate</i>	Aurobindo	60	14,60	➔ 0,2433
			100	24,33	➔ 0,2433
02435608	<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	100	24,33	➔ 0,2433
02432099	<i>Mar-Topiramate</i>	Marcan	100	24,33	➔ 0,2433
02315645	<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	100	24,33	➔ 0,2433
02263351	<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	100	24,33	➔ 0,2433
02248860	<i>Novo-Topiramate</i>	Novopharm	100	24,33	➔ 0,2433
02262991	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	24,33	➔ 0,2433
			500	121,65	➔ 0,2433
02313650	<i>Pro-Topiramate</i>	Pro Doc	100	24,33	➔ 0,2433
02396076	<i>Ran-Topiramate</i>	Ranbaxy	100	24,33	➔ 0,2433
02431807	<i>Sandoz Topiramate Tablets</i>	Sandoz	100	24,33	➔ 0,2433
02230893	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	100	113,93	1,1393
02395738	<i>Topiramate</i>	Accord	100	24,33	➔ 0,2433
02356856	<i>Topiramate</i>	Sanis	100	24,33	➔ 0,2433
02389460	<i>Topiramate</i>	Sivem	100	24,33	➔ 0,2433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			50 mg		
02312085	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	75,95	0,7595

Co.			100 mg PPB		
02287773	<i>ACT Topiramate</i>	ActavisPhm	100	45,83	➔ 0,4583
02475944	<i>AG-Topiramate</i>	Angita	100	45,83	➔ 0,4583
02279630	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	45,83	➔ 0,4583
02345838	<i>Auro-Topiramate</i>	Aurobindo	60	27,50	➔ 0,4583
			100	45,83	➔ 0,4583
02435616	<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	100	45,83	➔ 0,4583
02432102	<i>Mar-Topiramate</i>	Marcan	100	45,83	➔ 0,4583
02315653	<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	100	45,83	➔ 0,4583
02263378	<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	100	45,83	➔ 0,4583
02248861	<i>Novo-Topiramate</i>	Novopharm	60	27,50	➔ 0,4583
02263009	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	45,83	➔ 0,4583
02313669	<i>Pro-Topiramate</i>	Pro Doc	100	45,83	➔ 0,4583
02396084	<i>Ran-Topiramate</i>	Ranbaxy	100	45,83	➔ 0,4583
02431815	<i>Sandoz Topiramate Tablets</i>	Sandoz	100	45,83	➔ 0,4583
02230894	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	129,54	2,1590
02395746	<i>Topiramate</i>	Accord	100	45,83	➔ 0,4583
02356864	<i>Topiramate</i>	Sanis	100	45,83	➔ 0,4583
02389487	<i>Topiramate</i>	Sivem	100	45,83	➔ 0,4583

Co.			200 mg PPB		
02287781	<i>ACT Topiramate</i>	ActavisPhm	100	67,48	➔ 0,6748
02279649	<i>Apo-Topiramate</i>	Apotex	100	67,48	➔ 0,6748
02345846	<i>Auro-Topiramate</i>	Aurobindo	60	40,49	➔ 0,6748
			100	67,48	➔ 0,6748
02435624	<i>Jamp-Topiramate</i>	Jamp	100	67,48	➔ 0,6748
02432110	<i>Mar-Topiramate</i>	Marcan	100	67,48	➔ 0,6748
02315661	<i>Mint-Topiramate</i>	Mint	100	67,48	➔ 0,6748
02263386	<i>Mylan-Topiramate</i>	Mylan	100	67,48	➔ 0,6748
02248862	<i>Novo-Topiramate</i>	Novopharm	60	40,49	➔ 0,6748
02263017	<i>pms-Topiramate</i>	Phmscience	100	67,48	➔ 0,6748
02313677	<i>Pro-Topiramate</i>	Pro Doc	100	67,48	➔ 0,6748
02396092	<i>Ran-Topiramate</i>	Ranbaxy	100	67,48	➔ 0,6748
02431823	<i>Sandoz Topiramate Tablets</i>	Sandoz	100	67,48	➔ 0,6748
02230896	<i>Topamax</i>	Janss. Inc	60	205,08	3,4180
02395754	<i>Topiramate</i>	Accord	100	67,48	➔ 0,6748
02356872	<i>Topiramate</i>	Sanis	100	67,48	➔ 0,6748

VALPROATE SODIQUE

Sir.			250 mg/5 mL PPB		
00443832	<i>Depakene</i>	BGP Pharma	240 ml	22,78	0,0949
02236807	<i>pms-Valproic acid</i>	Phmscience	450 ml	17,05	➔ 0,0379

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VALPROIQUE (ACIDE) 

Caps.

250 mg **PPB**

02238048	<i>Apo-Valproic</i>	Apotex	100	29,05	➔ 0,2905
02230768	<i>pms-Valproic acid</i>	Phmscience	100	29,05	➔ 0,2905

Caps. Ent.

500 mg

02229628	<i>pms-Valproic Acid E.C.</i>	Phmscience	100	63,56	0,6356
----------	-------------------------------	------------	-----	-------	--------

VIGABATRIN 

Co.

500 mg

02065819	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	100	88,70	0,8870
----------	---------------	-----------	-----	-------	--------

Pd. Orale

500 mg/sac.

02068036	<i>Sabril</i>	Lundb Inc	50	44,35	0,8870
----------	---------------	-----------	----	-------	--------

28:16.04

ANTIDÉPRESSEURS

AMITRIPTYLINE (CHLORHYDRATE D') 

Co.

10 mg **PPB**

00370991	<i>Amitriptyline-10</i>	Pro Doc	1000	43,50	➔ 0,0435
02403137	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	100	4,35	➔ 0,0435
			1000	43,50	➔ 0,0435
00335053	<i>Elavil</i>	AA Pharma	100	6,64	0,0664
			1000	66,40	0,0664
02435527	<i>Jamp-Amitriptyline Tablets</i>	Jamp	100	4,35	➔ 0,0435
			1000	43,50	➔ 0,0435
02429861	<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	100	4,35	➔ 0,0435
			1000	43,50	➔ 0,0435
00654523	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	4,35	➔ 0,0435
			1000	43,50	➔ 0,0435
02490110	<i>Priva-Amitriptyline</i>	Pharmapar	100	4,35	➔ 0,0435
02326043	<i>Teva-Amitriptyline</i>	Teva Can	100	4,35	➔ 0,0435
			1000	43,50	➔ 0,0435

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			25 mg PPB		
00371009	<i>Amitriptyline-25</i>	Pro Doc	1000	82,90	➔ 0,0829
02403145	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	100	8,29	➔ 0,0829
			1000	82,90	➔ 0,0829
00335061	<i>Elavil</i>	AA Pharma	100	12,11	0,1211
			1000	121,10	0,1211
02435535	<i>Jamp-Amitriptyline Tablets</i>	Jamp	100	8,29	➔ 0,0829
			1000	82,90	➔ 0,0829
02429888	<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	100	8,29	➔ 0,0829
			1000	82,90	➔ 0,0829
00654515	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	8,29	➔ 0,0829
			1000	82,90	➔ 0,0829
02490129	<i>Priva-Amitriptyline</i>	Pharmapar	100	8,29	➔ 0,0829
02326051	<i>Teva-Amitriptyline</i>	Teva Can	100	8,29	➔ 0,0829
			1000	82,90	➔ 0,0829

Co.			50 mg PPB		
00456349	<i>Amitriptyline-50</i>	Pro Doc	100	15,40	➔ 0,1540
			1000	154,00	➔ 0,1540
02403153	<i>Apo-Amitriptyline</i>	Apotex	100	15,40	➔ 0,1540
			1000	154,00	➔ 0,1540
00335088	<i>Elavil</i>	AA Pharma	100	23,47	0,2347
			1000	234,70	0,2347
02435543	<i>Jamp-Amitriptyline Tablets</i>	Jamp	100	15,40	➔ 0,1540
			1000	154,00	➔ 0,1540
02429896	<i>Mar-Amitriptyline</i>	Marcan	100	15,40	➔ 0,1540
			1000	154,00	➔ 0,1540
00654507	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	15,40	➔ 0,1540
			1000	154,00	➔ 0,1540
02490137	<i>Priva-Amitriptyline</i>	Pharmapar	100	15,40	➔ 0,1540
02326078	<i>Teva-Amitriptyline</i>	Teva Can	100	15,40	➔ 0,1540
			1000	154,00	➔ 0,1540

Co.			100 mg		
02468409	<i>pms-Amitriptyline</i>	Phmscience	100	27,72	0,2772

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.			100 mg PPB		
02331616	<i>Bupropion SR</i>	Pro Doc	60	9,28	➔ 0,1547
02391562	<i>Bupropion SR</i>	Sanis	60	9,28	➔ 0,1547
02325373	<i>pms-Bupropion SR</i>	Phmscience	60	9,28	➔ 0,1547
02275074	<i>Sandoz Bupropion SR</i>	Sandoz	30	4,64	➔ 0,1547
			60	9,28	➔ 0,1547

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			150 mg PPB		
02325357	<i>Bupropion SR</i>	Pro Doc	60	13,78	➔ 0,2297
02391570	<i>Bupropion SR</i>	Sanis	60	13,78	➔ 0,2297
02313421	<i>pms-Bupropion SR</i>	Phmscience	100	22,97	➔ 0,2297
02275082	<i>Sandoz Bupropion SR</i>	Sandoz	30	6,89	➔ 0,2297
			60	13,78	➔ 0,2297
02237825	<i>Wellbutrin SR</i>	Valeant	60	51,02	0,8503

Co. L.A. (24 h)			150 mg PPB		
02439654	<i>Act Bupropion XL</i>	ActavisPhm	90	13,17	➔ 0,1463
			500	73,15	➔ 0,1463
02382075	<i>Mylan-Bupropion XL</i>	Mylan	90	13,17	➔ 0,1463
			500	73,15	➔ 0,1463
02475804	<i>Ran-Bupropion XL</i>	Ranbaxy	90	13,17	➔ 0,1463
			500	73,15	➔ 0,1463
02275090	<i>Wellbutrin XL</i>	Valeant	90	47,45	0,5272

Co. L.A. (24 h)			300 mg PPB		
02439662	<i>Act Bupropion XL</i>	ActavisPhm	90	26,34	➔ 0,2927
			500	146,35	➔ 0,2927
02382083	<i>Mylan-Bupropion XL</i>	Mylan	90	26,34	➔ 0,2927
			500	146,35	➔ 0,2927
02475812	<i>Ran-Bupropion XL</i>	Ranbaxy	90	26,34	➔ 0,2927
			500	146,35	➔ 0,2927
02275104	<i>Wellbutrin XL</i>	Valeant	90	94,91	1,0546

CITALOPRAM (BROMHYDRATE DE)

Co.			10 mg PPB		
02448475	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	100	7,15	➔ 0,0715
02430517	<i>Citalopram</i>	Jamp	100	7,15	➔ 0,0715
02445719	<i>Citalopram</i>	Sanis	100	7,15	➔ 0,0715
02387948	<i>Citalopram</i>	Sivem	100	7,15	➔ 0,0715
02325047	<i>Citalopram-10</i>	Pro Doc	100	7,15	➔ 0,0715
02370085	<i>Jamp-Citalopram</i>	Jamp	100	7,15	➔ 0,0715
02371871	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	7,15	➔ 0,0715
02370077	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	100	7,15	➔ 0,0715
02429691	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	100	7,15	➔ 0,0715
02409003	<i>NAT-Citalopram</i>	Natco	100	7,15	➔ 0,0715
			500	39,80	0,0796
02312336	<i>Novo-Citalopram</i>	Novopharm	100	7,15	➔ 0,0715
02477637	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	100	7,15	➔ 0,0715
02270609	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	100	7,15	➔ 0,0715
02440237	<i>Priva-Citalopram</i>	Pharmapar	100	7,15	➔ 0,0715
02303256	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	100	7,15	➔ 0,0715
02431629	<i>Septa-Citalopram</i>	Septa	100	7,15	➔ 0,0715
02438739	<i>VAN-Citalopram</i>	Vanc Phm	100	7,15	➔ 0,0715

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.

20 mg **PPB**

02248050	<i>ACT Citalopram</i>	ActavisPhm	100	12,00	➔ 0,1200
			250	30,00	➔ 0,1200
02246056	<i>Apo-Citalopram</i>	Apotex	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02275562	<i>Auro-Citalopram</i>	Aurobindo	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02448491	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02459914	<i>CCP-Citalopram</i>	Cellchem	100	12,00	➔ 0,1200
02239607	<i>Celexa</i>	Lundbeck	30	39,95	1,3317
			100	133,17	1,3317
02430541	<i>Citalopram</i>	Jamp	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02353660	<i>Citalopram</i>	Sanis	100	12,00	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
02387956	<i>Citalopram</i>	Sivem	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02257513	<i>Citalopram-20</i>	Pro Doc	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02313405	<i>Jamp-Citalopram</i>	Jamp	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02371898	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	12,00	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
02304686	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02429705	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02409011	<i>NAT-Citalopram</i>	Natco	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02293218	<i>Novo-Citalopram</i>	Novopharm	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02477645	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02248010	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02440245	<i>Priva-Citalopram</i>	Pharmapar	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02285622	<i>Ran-Citalo</i>	Ranbaxy	100	12,00	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
02252112	<i>ratio-Citalopram</i>	Ratiopharm	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02303264	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02248170	<i>Sandoz Citalopram</i>	Sandoz	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02355272	<i>Septa-Citalopram</i>	Septa	100	12,00	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
02438747	<i>VAN-Citalopram</i>	Vanc Phm	100	12,00	➔ 0,1200

Co.

30 mg

02296152	<i>CTP 30</i>	Sunovion	100	62,80	0,6280
----------	---------------	----------	-----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg PPB		
02248051	<i>ACT Citalopram</i>	ActavisPhm	100	12,00	➔ 0,1200
02246057	<i>Apo-Citalopram</i>	Apotex	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02275570	<i>Auro-Citalopram</i>	Aurobindo	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02448513	<i>Bio-Citalopram</i>	Biomed	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02459922	<i>CCP-Citalopram</i>	Cellchem	100	12,00	➔ 0,1200
02239608	<i>Celexa</i>	Lundbeck	30	39,95	1,3317
02430568	<i>Citalopram</i>	Jamp	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02353679	<i>Citalopram</i>	Sanis	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02387964	<i>Citalopram</i>	Sivem	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02257521	<i>Citalopram-40</i>	Pro Doc	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02313413	<i>Jamp-Citalopram</i>	Jamp	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02371901	<i>Mar-Citalopram</i>	Marcan	100	12,00	➔ 0,1200
02304694	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02429713	<i>Mint-Citalopram</i>	Mint	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02409038	<i>NAT-Citalopram</i>	Natco	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02293226	<i>Novo-Citalopram</i>	Novopharm	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02477653	<i>NRA-Citalopram</i>	Nora	30	4,00	➔ 0,1332
			500	60,00	➔ 0,1200
02248011	<i>pms-Citalopram</i>	Phmscience	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02440253	<i>Priva-Citalopram</i>	Pharmapar	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02285630	<i>Ran-Citalo</i>	Ranbaxy	100	12,00	➔ 0,1200
02252120	<i>ratio-Citalopram</i>	Ratiopharm	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02303272	<i>Riva-Citalopram</i>	Riva	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02248171	<i>Sandoz Citalopram</i>	Sandoz	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02355280	<i>Septa-Citalopram</i>	Septa	30	4,00	➔ 0,1332
			100	12,00	➔ 0,1200
02438755	<i>VAN-Citalopram</i>	Vanc Phm	100	12,00	➔ 0,1200

CLOMIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			10 mg		
00330566	<i>Anafranil</i>	Apotex	100	29,49	0,2949

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. ou Caps.

25 mg **PPB**

00324019	Anafranil	Apotex	100	34,17	➡ 0,3417
02497506	Taro-Clomipramine	Taro	90	30,75	➡ 0,3417

Co. ou Caps.

50 mg **PPB**

00402591	Anafranil	Apotex	100	62,91	➡ 0,6291
02497514	Taro-Clomipramine	Taro	90	56,62	➡ 0,6291

DÉSIPRAMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

10 mg

02216248	Désipramine	AA Pharma	100	38,80	0,3880
----------	-------------	-----------	-----	-------	--------

Co.

25 mg

02216256	Désipramine	AA Pharma	100	38,80	0,3880
----------	-------------	-----------	-----	-------	--------

Co.

100 mg

02216280	Désipramine	AA Pharma	100	90,93	0,9093
----------	-------------	-----------	-----	-------	--------

DOXÉPINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

10 mg

00024325	Sinequan	AA Pharma	100	34,24	0,3424
----------	----------	-----------	-----	-------	--------

Caps.

25 mg

00024333	Sinequan	AA Pharma	100	42,01	0,4201
----------	----------	-----------	-----	-------	--------

Caps.

50 mg

00024341	Sinequan	AA Pharma	100	77,93	0,7793
----------	----------	-----------	-----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DULOXÉTINE 

Caps. L.A.

30 mg **PPB**

02475308	<i>AG-Duloxetine</i>	Angita	100	48,13	➔	0,4813
02440423	<i>Apo-Duloxetine</i>	Apotex	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02436647	<i>Auro-Duloxetine</i>	Aurobindo	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02301482	<i>Cymbalta</i>	Lilly	28	51,17		1,8275
02452650	<i>Duloxetine</i>	Pro Doc	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02495082	<i>Duloxetine</i>	Riva	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02490889	<i>Duloxetine</i>	Sanis	100	48,13	➔	0,4813
02453630	<i>Duloxetine</i>	Sivem	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02437082	<i>Duloxetine DR</i>	Teva Can	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02496496	<i>Jamp Duloxetine</i>	Jamp	100	48,13	➔	0,4813
			500	240,65	➔	0,4813
02451913	<i>Jamp-Duloxetine</i>	Jamp	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02446081	<i>Mar-Duloxetine</i>	Marcan	100	48,13	➔	0,4813
02473208	<i>M-Duloxetine</i>	Mantra Ph.	100	48,13	➔	0,4813
02438984	<i>Mint-Duloxetine</i>	Mint	100	48,13	➔	0,4813
02482126	<i>NRA-Duloxetine</i>	Nora	100	48,13	➔	0,4813
02429446	<i>pms-Duloxetine</i>	Phmscience	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02490412	<i>Priva-Duloxetine</i>	Pharmapar	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02438259	<i>Ran-Duloxetine</i>	Ranbaxy	100	48,13	➔	0,4813
02451077	<i>Riva-Duloxetine</i>	Riva	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02439948	<i>Sandoz Duloxetine</i>	Sandoz	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813
02456753	<i>Teva-Duloxetine</i>	Teva Can	30	14,44	➔	0,4813
			100	48,13	➔	0,4813

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.			60 mg PPB		
02475316	<i>AG-Duloxetine</i>	Angita	100	97,69	➔ 0,9769
02440431	<i>Apo-Duloxetine</i>	Apotex	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02436655	<i>Auro-Duloxetine</i>	Aurobindo	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02301490	<i>Cymbalta</i>	Lilly	28	102,33	3,6546
02452669	<i>Duloxetine</i>	Pro Doc	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02495090	<i>Duloxetine</i>	Riva	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02490897	<i>Duloxetine</i>	Sanis	100	97,69	➔ 0,9769
02453649	<i>Duloxetine</i>	Sivem	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02437090	<i>Duloxetine DR</i>	Teva Can	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02496518	<i>Jamp Duloxetine</i>	Jamp	100	97,69	➔ 0,9769
02451921	<i>Jamp-Duloxetine</i>	Jamp	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02446103	<i>Mar-Duloxetine</i>	Marcan	100	97,69	➔ 0,9769
			500	488,44	➔ 0,9769
02473216	<i>M-Duloxetine</i>	Mantra Ph.	500	488,44	➔ 0,9769
02438992	<i>Mint-Duloxetine</i>	Mint	100	97,69	➔ 0,9769
02482134	<i>NRA-Duloxetine</i>	Nora	100	97,69	➔ 0,9769
02429454	<i>pms-Duloxetine</i>	Phmscience	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02490420	<i>Priva-Duloxetine</i>	Pharmapar	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02438267	<i>Ran-Duloxetine</i>	Ranbaxy	100	97,69	➔ 0,9769
			500	488,44	➔ 0,9769
02451085	<i>Riva-Duloxetine</i>	Riva	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02439956	<i>Sandoz Duloxetine</i>	Sandoz	30	29,31	➔ 0,9769
			100	97,69	➔ 0,9769
02456761	<i>Teva-Duloxetine</i>	Teva Can	30	29,31	➔ 0,9769
			90	87,92	➔ 0,9769

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

FLUOXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

10 mg **PPB**

02485052	<i>AG-Fluoxetine</i>	Angita	100	34,04	➔	0,3404
02216353	<i>Apo-Fluoxétine</i>	Apotex	100	34,04	➔	0,3404
02385627	<i>Auro-Fluoxetine</i>	Aurobindo	100	34,04	➔	0,3404
02448424	<i>Bio-Fluoxetine</i>	Biomed	100	34,04	➔	0,3404
02242177	<i>Co Fluoxetine</i>	Cobalt	100	34,04	➔	0,3404
02393441	<i>Fluoxetine</i>	Accord	100	34,04	➔	0,3404
02490595	<i>Fluoxetine</i>	Altamed	100	34,04	➔	0,3404
02286068	<i>Fluoxetine</i>	Sanis	100	34,04	➔	0,3404
02374447	<i>Fluoxetine</i>	Sivem	100	34,04	➔	0,3404
02401894	<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	100	34,04	➔	0,3404
02392909	<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	100	34,04	➔	0,3404
02380560	<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	100	34,04	➔	0,3404
02503875	<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	100	34,04	➔	0,3404
02177579	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	34,04	➔	0,3404
02448416	<i>Priva-Fluoxetine</i>	Pharmapar	100	34,04	➔	0,3404
02314991	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	34,04	➔	0,3404
02018985	<i>Prozac</i>	Lilly	100	165,96		1,6596
02405695	<i>Ran-Fluoxetine</i>	Ranbaxy	100	34,04	➔	0,3404
02241371	<i>ratio-Fluoxétine</i>	Ratiopharm	100	34,04	➔	0,3404
02305461	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	34,04	➔	0,3404
02479486	<i>Sandoz Fluoxetine</i>	Sandoz	100	34,04	➔	0,3404
02216582	<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	100	34,04	➔	0,3404
02432412	<i>VAN-Fluoxetine</i>	Vanc Phm	100	34,04	➔	0,3404

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			20 mg PPB		
02485060	<i>AG-Fluoxetine</i>	Angita	100	33,11	➔ 0,3311
02216361	<i>Apo-Fluoxétine</i>	Apotex	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02385635	<i>Auro-Fluoxetine</i>	Aurobindo	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02448432	<i>Bio-Fluoxetine</i>	Biomed	100	33,11	➔ 0,3311
02242178	<i>Co Fluoxetine</i>	Cobalt	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02490609	<i>Fluoxetine</i>	Altamed	100	33,11	➔ 0,3311
02286076	<i>Fluoxetine</i>	Sanis	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02374455	<i>Fluoxetine</i>	Sivem	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02383241	<i>Fluoxétine BP</i>	Accord	100	33,11	➔ 0,3311
02386402	<i>Jamp-Fluoxetine</i>	Jamp	100	33,11	➔ 0,3311
02392917	<i>Mar-Fluoxetine</i>	Marcan	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02380579	<i>Mint-Fluoxetine</i>	Mint	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02503883	<i>NRA-Fluoxétine</i>	Nora	100	33,11	➔ 0,3311
02177587	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02448408	<i>Priva-Fluoxetine</i>	Pharmapar	100	33,11	➔ 0,3311
02315009	<i>Pro-Fluoxetine</i>	Pro Doc	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
00636622	<i>Prozac</i>	Lilly	100	169,65	1,6965
02405709	<i>Ran-Fluoxetine</i>	Ranbaxy	100	33,11	➔ 0,3311
02241374	<i>ratio-Fluoxétine</i>	Ratiopharm	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02305488	<i>Riva-Fluoxétine</i>	Riva	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02479494	<i>Sandoz Fluoxetine</i>	Sandoz	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02216590	<i>Teva-Fluoxetine</i>	Teva Can	100	33,11	➔ 0,3311
			500	165,55	➔ 0,3311
02432420	<i>VAN-Fluoxetine</i>	Vanc Phm	100	33,11	➔ 0,3311

Caps.			40 mg		
02464640	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	66,22	0,6622

Caps.			60 mg		
02464659	<i>pms-Fluoxetine</i>	Phmscience	100	99,33	0,9933

Sol. Orale			20 mg/5 mL PPB		
02231328	<i>Fluoxetine</i>	Apotex	120 ml	37,01	➔ 0,3084
02459361	<i>Odan-Fluoxetine</i>	Odan	120 ml	37,01	➔ 0,3084

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FLUVOXAMINE (MALÉATE DE) 

Co.		50 mg PPB			
02255529	<i>ACT Fluvoxamine</i>	ActavisPhm	100	21,05	➔ 0,2105
02231329	<i>Apo-Fluvoxamine</i>	Apotex	100	21,05	➔ 0,2105
02236753	<i>Fluvoxamine-50</i>	Pro Doc	100	21,05	➔ 0,2105
01919342	<i>Luvox</i>	BGP Pharma	30	25,90	0,8633
02303345	<i>Riva-Fluvox</i>	Riva	100	21,05	➔ 0,2105
			250	52,63	➔ 0,2105

Co.		100 mg PPB			
02255537	<i>ACT Fluvoxamine</i>	ActavisPhm	100	37,83	➔ 0,3783
02231330	<i>Apo-Fluvoxamine</i>	Apotex	100	37,83	➔ 0,3783
02236754	<i>Fluvoxamine-100</i>	Pro Doc	100	37,83	➔ 0,3783
01919369	<i>Luvox</i>	BGP Pharma	30	46,58	1,5527
02303361	<i>Riva-Fluvox</i>	Riva	100	37,83	➔ 0,3783
			250	94,58	➔ 0,3783

IMIPRAMINE (CHLORHYDRATE D') 

Co.		10 mg			
00360201	<i>Imipramine</i>	AA Pharma	100	13,97	0,1397

Co.		25 mg			
00312797	<i>Imipramine</i>	AA Pharma	100	25,20	0,2520

Co.		50 mg			
00326852	<i>Imipramine</i>	AA Pharma	100	49,18	0,4918

Co.		75 mg			
00644579	<i>Imipramine</i>	AA Pharma	100	64,34	0,6434

L-TRYPTOPHANE 

Co.		1 g PPB			
02248539	<i>Apo-Tryptophan (Co.)</i>	Apotex	100	71,26	➔ 0,7126
02237250	<i>ratio-Tryptophan</i>	Ratiopharm	100	71,26	➔ 0,7126
			250	178,15	➔ 0,7126
00654531	<i>Tryptan (Co.)</i>	Valeant	100	135,72	1,3572

Co.		250 mg			
02239326	<i>Tryptan (Co.)</i>	Valeant	100	33,93	0,3393

Co.		750 mg PPB			
02458721	<i>Apo-Tryptophan</i>	Apotex	100	98,89	➔ 0,9889
02239327	<i>Tryptan (Co.)</i>	Valeant	100	101,79	1,0179

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Caps.			500 mg PPB		
02248540	<i>Apo-Tryptophan (Caps.)</i>	Apotex	100	35,63	➔ 0,3563
02248538	<i>Apo-Tryptophan (Co.)</i>	Apotex	100	35,63	➔ 0,3563
02240334	<i>ratio-Tryptophan</i>	Ratiopharm	100	35,63	➔ 0,3563
02240333	<i>Teva-Tryptophan</i>	Teva Can	100	35,63	➔ 0,3563
00718149	<i>Tryptan (Caps)</i>	Valeant	100	67,86	0,6786
02029456	<i>Tryptan (Co.)</i>	Valeant	100	67,86	0,6786

MAPROTILINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			25 mg		
02158612	<i>Novo-Maprotiline</i>	Novopharm	100	54,93	0,5493

Co.			50 mg		
02158620	<i>Novo-Maprotiline</i>	Novopharm	100	104,01	1,0401

Co.			75 mg		
02158639	<i>Novo-Maprotiline</i>	Novopharm	100	142,04	1,4204

MIRTAZAPINE

Co. Diss. Orale ou Co.			15 mg PPB		
02286610	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	30	2,92	➔ 0,0974
02411695	<i>Auro-Mirtazapine</i>	Aurobindo	30	2,92	➔ 0,0974
			100	9,74	➔ 0,0974
02299801	<i>Auro-Mirtazapine OD</i>	Aurobindo	30	2,92	➔ 0,0974
02496666	<i>Mirtazapine</i>	Sivem	30	2,92	➔ 0,0974
			100	9,74	➔ 0,0974
02256096	<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	100	9,74	➔ 0,0974
02279894	<i>Novo-Mirtazapine OD</i>	Novopharm	30	2,92	➔ 0,0974
02273942	<i>pms-Mirtazapine</i>	Phmscience	100	9,74	➔ 0,0974
02312778	<i>Pro-Mirtazapine</i>	Pro Doc	100	9,74	➔ 0,0974
02248542	<i>Remeron RD</i>	Merck	30	12,22	0,4073
02250594	<i>Sandoz Mirtazapine</i>	Sandoz	50	4,87	➔ 0,0974

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Diss. Orale ou Co.

30 mg **PPB**

02286629	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	100	19,50	➔ 0,1950
02411709	<i>Auro-Mirtazapine</i>	Aurobindo	30	5,85	➔ 0,1950
			100	19,50	➔ 0,1950
02299828	<i>Auro-Mirtazapine OD</i>	Aurobindo	30	5,85	➔ 0,1950
02368579	<i>Jamp-Mirtazapine</i>	Jamp	100	19,50	➔ 0,1950
02370689	<i>Mirtazapine</i>	Sanis	100	19,50	➔ 0,1950
02496674	<i>Mirtazapine</i>	Sivem	30	5,85	➔ 0,1950
			100	19,50	➔ 0,1950
02256118	<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	100	19,50	➔ 0,1950
02259354	<i>Novo-Mirtazapine</i>	Novopharm	30	5,85	➔ 0,1950
			100	19,50	➔ 0,1950
02279908	<i>Novo-Mirtazapine OD</i>	Novopharm	30	5,85	➔ 0,1950
02248762	<i>pms-Mirtazapine</i>	Phmscience	30	5,85	➔ 0,1950
			100	19,50	➔ 0,1950
02312786	<i>Pro-Mirtazapine</i>	Pro Doc	100	19,50	➔ 0,1950
02243910	<i>Remeron</i>	Merck	30	38,86	1,2953
02248543	<i>Remeron RD</i>	Merck	30	24,43	0,8143
02250608	<i>Sandoz Mirtazapine</i>	Sandoz	100	19,50	➔ 0,1950

Co. Diss. Orale ou Co.

45 mg **PPB**

02286637	<i>Apo-Mirtazapine</i>	Apotex	30	8,78	➔ 0,2925
02411717	<i>Auro-Mirtazapine</i>	Aurobindo	30	8,78	➔ 0,2925
			100	29,25	➔ 0,2925
02299836	<i>Auro-Mirtazapine OD</i>	Aurobindo	30	8,78	➔ 0,2925
02496682	<i>Mirtazapine</i>	Sivem	30	8,78	➔ 0,2925
02256126	<i>Mylan-Mirtazapine</i>	Mylan	100	29,25	➔ 0,2925
02279916	<i>Novo-Mirtazapine OD</i>	Novopharm	30	8,78	➔ 0,2925
02248544	<i>Remeron RD</i>	Merck	30	36,66	1,2220

MOCLOBÉMIDE

Co.

100 mg

02232148	<i>Moclobemide</i>	AA Pharma	100	34,00	0,3400
----------	--------------------	-----------	-----	-------	--------

Co.

150 mg

00899356	<i>Manerix</i>	Valeant	60	13,25	0,2208
----------	----------------	---------	----	-------	--------

Co.

300 mg

02166747	<i>Manerix</i>	Valeant	60	26,01	0,4335
----------	----------------	---------	----	-------	--------

NORTRIPTYLINE (CHLORHYDRATE DE)

Caps.

10 mg

00015229	<i>Aventyl</i>	AA Pharma	100	25,70	0,2570
----------	----------------	-----------	-----	-------	--------

Caps.

25 mg

00015237	<i>Aventyl</i>	AA Pharma	100	51,93	0,5193
----------	----------------	-----------	-----	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PAROXÉTINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

10 mg **PPB**

02262746	<i>ACT Paroxetine</i>	ActavisPhm	100	30,46	➔	0,3046
02475537	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	30,46	➔	0,3046
02240907	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	30,46	➔	0,3046
02383276	<i>Auro-Paroxetine</i>	Aurobindo	100	30,46	➔	0,3046
02444909	<i>Bio-Paroxetine</i>	Biomed	100	30,46	➔	0,3046
02368862	<i>Jamp-Paroxetine</i>	Jamp	30	9,14	➔	0,3046
			100	30,46	➔	0,3046
02411946	<i>Mar-Paroxetine</i>	Marcan	30	9,14	➔	0,3046
			100	30,46	➔	0,3046
02421372	<i>Mint-Paroxetine</i>	Mint	100	30,46	➔	0,3046
02467402	<i>M-Paroxetine</i>	Mantra Ph.	100	30,46	➔	0,3046
02479753	<i>NRA-Paroxetine</i>	Nora	100	30,46	➔	0,3046
02477823	<i>Paroxetine</i>	Altamed	100	30,46	➔	0,3046
02282844	<i>Paroxetine</i>	Sanis	100	30,46	➔	0,3046
02388227	<i>Paroxetine</i>	Sivem	100	30,46	➔	0,3046
02248913	<i>Paroxétine-10</i>	Pro Doc	100	30,46	➔	0,3046
02027887	<i>Paxil</i>	GSK	30	47,25		1,5750
02247750	<i>pms-Paroxetine</i>	Phmscience	30	9,14	➔	0,3046
			100	30,46	➔	0,3046
02444313	<i>Priva-Paroxetine</i>	Pharmapar	100	30,46	➔	0,3046
02247810	<i>ratio-Paroxétine</i>	Ratiopharm	30	9,14	➔	0,3046
02248559	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	30	9,14	➔	0,3046
			250	76,15	➔	0,3046
02431777	<i>Sandoz Paroxetine Tablets</i>	Sandoz	100	30,46	➔	0,3046
02248556	<i>Teva-Paroxetine</i>	Teva Can	30	9,14	➔	0,3046
			100	30,46	➔	0,3046

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	PPB
02262754	<i>ACT Paroxetine</i>	ActavisPhm	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02475545	<i>AG-Paroxetine</i>	Angita	100	32,50	➔ 0,3250
02240908	<i>Apo-Paroxétine</i>	Apotex	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02383284	<i>Auro-Paroxetine</i>	Aurobindo	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02444917	<i>Bio-Paroxetine</i>	Biomed	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02368870	<i>Jamp-Paroxetine</i>	Jamp	30	9,75	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02411954	<i>Mar-Paroxetine</i>	Marcan	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02421380	<i>Mint-Paroxetine</i>	Mint	100	32,50	➔ 0,3250
02467410	<i>M-Paroxetine</i>	Mantra Ph.	100	32,50	➔ 0,3250
02479761	<i>NRA-Paroxetine</i>	Nora	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02477831	<i>Paroxetine</i>	Altamed	500	162,50	➔ 0,3250
02282852	<i>Paroxetine</i>	Sanis	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02388235	<i>Paroxetine</i>	Sivem	30	9,75	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02248914	<i>Paroxétine-20</i>	Pro Doc	30	9,75	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
01940481	<i>Paxil</i>	GSK	100	168,07	1,6807
02247751	<i>pms-Paroxetine</i>	Phmscience	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02444321	<i>Priva-Paroxetine</i>	Pharmapar	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02247811	<i>ratio-Paroxétine</i>	Ratiopharm	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02248560	<i>Riva-Paroxétine</i>	Riva	100	32,50	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250
02431785	<i>Sandoz Paroxetine Tablets</i>	Sandoz	100	32,50	➔ 0,3250
02248557	<i>Teva-Paroxetine</i>	Teva Can	30	9,75	➔ 0,3250
			500	162,50	➔ 0,3250

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			30 mg PPB		
02262762	ACT Paroxetine	ActavisPhm	100	34,53	0,3453
02475553	AG-Paroxetine	Angita	100	34,53	0,3453
02240909	Apo-Paroxétine	Apotex	100	34,53	0,3453
02383292	Auro-Paroxetine	Aurobindo	100	34,53	0,3453
02444925	Bio-Paroxetine	Biomed	100	34,53	0,3453
02368889	Jamp-Paroxetine	Jamp	30	10,36	0,3453
			100	34,53	0,3453
02411962	Mar-Paroxetine	Marcan	30	10,36	0,3453
			100	34,53	0,3453
02421399	Mint-Paroxetine	Mint	100	34,53	0,3453
02467429	M-Paroxetine	Mantra Ph.	100	34,53	0,3453
02479788	NRA-Paroxetine	Nora	100	34,53	0,3453
02477858	Paroxetine	Altamed	100	34,53	0,3453
02282860	Paroxetine	Sanis	100	34,53	0,3453
02388243	Paroxetine	Sivem	100	34,53	0,3453
02248915	Paroxétine-30	Pro Doc	100	34,53	0,3453
01940473	Paxil	GSK	30	53,59	1,7863
02247752	pms-Paroxetine	Phmscience	30	10,36	0,3453
			100	34,53	0,3453
02444348	Priva-Paroxetine	Pharmapar	100	34,53	0,3453
02247812	ratio-Paroxétine	Ratiopharm	30	10,36	0,3453
02248561	Riva-Paroxétine	Riva	30	10,36	0,3453
			250	86,33	0,3453
02431793	Sandoz Paroxetine Tablets	Sandoz	100	34,53	0,3453
02248558	Teva-Paroxetine	Teva Can	30	10,36	0,3453
			100	34,53	0,3453

Co.			40 mg		
02293749	pms-Paroxetine	Phmscience	100	165,30	1,6530

PHÉNELZINE (SULFATE DE) 

Co.			15 mg		
00476552	Nardil	Erfa	60	22,22	0,3703

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SERTRALINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.

25 mg **PPB**

02287390	<i>ACT Sertraline</i>	ActavisPhm	100	15,16	➔	0,1516
02477882	<i>AG-Sertraline</i>	Angita	100	15,16	➔	0,1516
02238280	<i>Apo-Sertraline</i>	Apotex	100	15,16	➔	0,1516
02390906	<i>Auro-Sertraline</i>	Aurobindo	100	15,16	➔	0,1516
02445042	<i>Bio-Sertraline</i>	Biomed	100	15,16	➔	0,1516
02357143	<i>Jamp-Sertraline</i>	Jamp	100	15,16	➔	0,1516
02399415	<i>Mar-Sertraline</i>	Marcan	100	15,16	➔	0,1516
02402378	<i>Mint-Sertraline</i>	Mint	100	15,16	➔	0,1516
02240485	<i>Novo-Sertraline</i>	Novopharm	100	15,16	➔	0,1516
02488434	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	15,16	➔	0,1516
02244838	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	15,16	➔	0,1516
02445352	<i>Priva-Sertraline</i>	Pharmapar	100	15,16	➔	0,1516
02374552	<i>Ran-Sertraline</i>	Ranbaxy	100	15,16	➔	0,1516
02248496	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	15,16	➔	0,1516
			250	37,90	➔	0,1516
02245159	<i>Sandoz Sertraline</i>	Sandoz	100	15,16	➔	0,1516
02469626	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	15,16	➔	0,1516
02353520	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	15,16	➔	0,1516
02386070	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	15,16	➔	0,1516
02241302	<i>Sertraline-25</i>	Pro Doc	100	15,16	➔	0,1516
02427761	<i>VAN-Sertraline</i>	Vanc Phm	100	15,16	➔	0,1516
02132702	<i>Zoloft</i>	Upjohn	100	83,18		0,8318

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			50 mg PPB		
02287404	<i>ACT Sertraline</i>	ActavisPhm	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02477890	<i>AG-Sertraline</i>	Angita	100	30,32	➔ 0,3032
02238281	<i>Apo-Sertraline</i>	Apotex	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02390914	<i>Auro-Sertraline</i>	Aurobindo	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02445050	<i>Bio-Sertraline</i>	Biomed	100	30,32	➔ 0,3032
02357151	<i>Jamp-Sertraline</i>	Jamp	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02399423	<i>Mar-Sertraline</i>	Marcan	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02402394	<i>Mint-Sertraline</i>	Mint	100	30,32	➔ 0,3032
02240484	<i>Novo-Sertraline</i>	Novopharm	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02488442	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	30,32	➔ 0,3032
02244839	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02445360	<i>Priva-Sertraline</i>	Pharmapar	100	30,32	➔ 0,3032
02374560	<i>Ran-Sertraline</i>	Ranbaxy	100	30,32	➔ 0,3032
02248497	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02245160	<i>Sandoz Sertraline</i>	Sandoz	100	30,32	➔ 0,3032
02469634	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	30,32	➔ 0,3032
02353539	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	30,32	➔ 0,3032
			250	75,80	➔ 0,3032
02386089	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	30,32	➔ 0,3032
02241303	<i>Sertraline-50</i>	Pro Doc	250	75,80	➔ 0,3032
02427788	<i>VAN-Sertraline</i>	Vanc Phm	100	30,32	➔ 0,3032
01962817	<i>Zoloft</i>	Upjohn	100	166,34	➔ 1,6634
			250	415,86	➔ 1,6634

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			100 mg PPB		
02287412	<i>ACT Sertraline</i>	ActavisPhm	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02477904	<i>AG-Sertraline</i>	Angita	100	33,03	➔ 0,3303
02238282	<i>Apo-Sertraline</i>	Apotex	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02390922	<i>Auro-Sertraline</i>	Aurobindo	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02445069	<i>Bio-Sertraline</i>	Biomed	100	33,03	➔ 0,3303
02357178	<i>Jamp-Sertraline</i>	Jamp	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02399431	<i>Mar-Sertraline</i>	Marcan	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02402408	<i>Mint-Sertraline</i>	Mint	100	33,03	➔ 0,3303
02488450	<i>NRA-Sertraline</i>	Nora	100	33,03	➔ 0,3303
02244840	<i>pms-Sertraline</i>	Phmscience	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02445387	<i>Priva-Sertraline</i>	Pharmapar	100	33,03	➔ 0,3303
02374579	<i>Ran-Sertraline</i>	Ranbaxy	100	33,03	➔ 0,3303
02248498	<i>Riva-Sertraline</i>	Riva	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02245161	<i>Sandoz Sertraline</i>	Sandoz	100	33,03	➔ 0,3303
02469642	<i>Sertraline</i>	Jamp	100	33,03	➔ 0,3303
02353547	<i>Sertraline</i>	Sanis	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02386097	<i>Sertraline</i>	Sivem	100	33,03	➔ 0,3303
02241304	<i>Sertraline-100</i>	Pro Doc	100	33,03	➔ 0,3303
			250	82,58	➔ 0,3303
02240481	<i>Teva-Sertraline</i>	Teva Can	100	33,03	➔ 0,3303
02427796	<i>VAN-Sertraline</i>	Vanc Phm	100	33,03	➔ 0,3303
01962779	<i>Zoloft</i>	Upjohn	100	174,66	➔ 1,7466

TRANLYCYPROMINE (SULFATE DE) 

Co.			10 mg		
01919598	<i>Parnate</i>	GSK	100	36,05	➔ 0,3605

TRAZODONE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			50 mg PPB		
02147637	<i>Apo-Trazodone</i>	Apotex	100	5,54	➔ 0,0554
02442809	<i>Jamp Trazodone</i>	Jamp	100	5,54	➔ 0,0554
			500	27,68	➔ 0,0554
01937227	<i>pms-Trazodone</i>	Phmscience	100	5,54	➔ 0,0554
			500	27,68	➔ 0,0554
02144263	<i>Teva-Trazodone</i>	Teva Can	100	5,54	➔ 0,0554
			500	27,68	➔ 0,0554
02348772	<i>Trazodone</i>	Sanis	100	5,54	➔ 0,0554
			500	27,68	➔ 0,0554
02164353	<i>Trazodone-50</i>	Pro Doc	100	5,54	➔ 0,0554
			250	13,84	➔ 0,0554

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			75 mg		
02237339	<i>pms-Trazodone</i>	Phmscience	100	33,66	0,3366

Co.			100 mg PPB		
02147645	<i>Apo-Trazodone</i>	Apotex	100	9,89	➔ 0,0989
02442817	<i>Jamp Trazodone</i>	Jamp	100	9,89	➔ 0,0989
			500	49,45	➔ 0,0989
01937235	<i>pms-Trazodone</i>	Phmscience	100	9,89	➔ 0,0989
			500	49,45	➔ 0,0989
02144271	<i>Teva-Trazodone</i>	Teva Can	100	9,89	➔ 0,0989
			500	49,45	➔ 0,0989
02348780	<i>Trazodone</i>	Sanis	100	9,89	➔ 0,0989
02164361	<i>Trazodone-100</i>	Pro Doc	100	9,89	➔ 0,0989

Co.			150 mg PPB		
02147653	<i>Apo-Trazodone D</i>	Apotex	100	14,53	➔ 0,1453
02442825	<i>Jamp Trazodone</i>	Jamp	100	14,53	➔ 0,1453
02144298	<i>Teva-Trazodone</i>	Teva Can	100	14,53	➔ 0,1453
02348799	<i>Trazodone</i>	Sanis	100	14,53	➔ 0,1453
02164388	<i>Trazodone-150 D</i>	Pro Doc	100	14,53	➔ 0,1453

TRIMIPRAMINE 

Caps.			75 mg		
02070987	<i>Trimipramine</i>	AA Pharma	100	74,60	0,7460

Co.			12,5 mg		
00740799	<i>Trimip</i>	AA Pharma	100	21,56	0,2156

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VENLAFAXINE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps. L.A.

37,5 mg **PPB**

02304317	<i>ACT Venlafaxine XR</i>	ActavisPhm	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02331683	<i>Apo-Venlafaxine XR</i>	Apotex	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02452839	<i>Auro-Venlafaxine XR</i>	Aurobindo	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02237279	<i>Effexor XR</i>	Upjohn	90	75,51	0,8390
02471280	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02278545	<i>pms-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02380072	<i>Ran-Venlafaxine XR</i>	Ranbaxy	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02273969	<i>ratio-Venlafaxine XR</i>	Ratiopharm	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02307774	<i>Riva-Venlafaxine XR</i>	Riva	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02310317	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	9,13 ➡	0,0913
02275023	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	9,13 ➡	0,0913
02339242	<i>Venlafaxine XR</i>	Pro Doc	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02489678	<i>Venlafaxine XR</i>	Riva	100	9,13 ➡	0,0913
			500	45,65 ➡	0,0913
02354713	<i>Venlafaxine XR</i>	Sanis	100	9,13 ➡	0,0913
02385929	<i>Venlafaxine XR</i>	Sivem	100	9,13 ➡	0,0913

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.			75 mg PPB		
02304325	<i>ACT Venlafaxine XR</i>	ActavisPhm	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02331691	<i>Apo-Venlafaxine XR</i>	Apotex	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02452847	<i>Auro-Venlafaxine XR</i>	Aurobindo	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02237280	<i>Effexor XR</i>	Upjohn	90	151,01	1,6779
02471299	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02278553	<i>pms-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02380080	<i>Ran-Venlafaxine XR</i>	Ranbaxy	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02273977	<i>ratio-Venlafaxine XR</i>	Ratiopharm	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02307782	<i>Riva-Venlafaxine XR</i>	Riva	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02310325	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02275031	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02339250	<i>Venlafaxine XR</i>	Pro Doc	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02489686	<i>Venlafaxine XR</i>	Riva	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02354721	<i>Venlafaxine XR</i>	Sanis	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825
02385937	<i>Venlafaxine XR</i>	Sivem	100	18,25	➔ 0,1825
			500	91,25	➔ 0,1825

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.			150 mg PPB		
02304333	<i>ACT Venlafaxine XR</i>	ActavisPhm	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02331705	<i>Apo-Venlafaxine XR</i>	Apotex	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02452855	<i>Auro-Venlafaxine XR</i>	Aurobindo	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02237282	<i>Effexor XR</i>	Upjohn	90	159,72	1,7747
02471302	<i>M-Venlafaxine XR</i>	Mantra Ph.	500	96,35	➔ 0,1927
02310295	<i>Mylan-Venlafaxine XR</i>	Mylan	100	19,27	➔ 0,1927
02278561	<i>pms-Venlafaxine XR</i>	Phmscience	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02380099	<i>Ran-Venlafaxine XR</i>	Ranbaxy	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02273985	<i>ratio-Venlafaxine XR</i>	Ratiopharm	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02307790	<i>Riva-Venlafaxine XR</i>	Riva	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02310333	<i>Sandoz Venlafaxine XR</i>	Sandoz	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02275058	<i>Teva-Venlafaxine XR</i>	Teva Can	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02339269	<i>Venlafaxine XR</i>	Pro Doc	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02489694	<i>Venlafaxine XR</i>	Riva	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02354748	<i>Venlafaxine XR</i>	Sanis	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927
02385945	<i>Venlafaxine XR</i>	Sivem	100	19,27	➔ 0,1927
			500	96,35	➔ 0,1927

VORTIOXÉTINE (BROMHYDRATE DE) 

Co.			5 mg		
02432919	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	78,81	2,8148

Co.			10 mg		
02432927	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	82,56	2,9484

Co.			20 mg		
02432943	<i>Trintellix</i>	Lundbeck	28	89,63	3,2011

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:16.08
ANTIPSYCHOTIQUES
ARIPIRAZOLE 

Co.			2 mg PPB		
02322374	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	87,42	2,9140
02471086	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	24,28	➔ 0,8092
			100	80,92	➔ 0,8092
02488000	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	24,28	➔ 0,8092
02460025	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Aurobindo	30	24,28	➔ 0,8092
			100	80,92	➔ 0,8092
02483556	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	24,28	➔ 0,8092
02466635	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	24,28	➔ 0,8092
02479346	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	24,28	➔ 0,8092
02473658	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	24,28	➔ 0,8092
			100	80,92	➔ 0,8092
02464144	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	24,28	➔ 0,8092
			100	80,92	➔ 0,8092

Co.			5 mg PPB		
02322382	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	98,40	3,2800
02471094	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	27,14	➔ 0,9046
			100	90,46	➔ 0,9046
02488019	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	27,14	➔ 0,9046
02460033	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Aurobindo	30	27,14	➔ 0,9046
			100	90,46	➔ 0,9046
02483564	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	27,14	➔ 0,9046
02466643	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	27,14	➔ 0,9046
02479354	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	27,14	➔ 0,9046
02473666	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	27,14	➔ 0,9046
			100	90,46	➔ 0,9046
02464152	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	27,14	➔ 0,9046
			100	90,46	➔ 0,9046

Co.			10 mg PPB		
02322390	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471108	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	32,26	➔ 1,0754
			100	107,54	➔ 1,0754
02488027	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	32,26	➔ 1,0754
02460041	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Aurobindo	30	32,26	➔ 1,0754
			100	107,54	➔ 1,0754
02483572	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	32,26	➔ 1,0754
02466651	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	32,26	➔ 1,0754
02479362	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	32,26	➔ 1,0754
02473674	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	32,26	➔ 1,0754
			100	107,54	➔ 1,0754
02464160	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	32,26	➔ 1,0754
			100	107,54	➔ 1,0754

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			15 mg PPB		
02322404	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471116	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	38,08 ➔	1,2692
			100	126,92 ➔	1,2692
02488035	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	38,08 ➔	1,2692
02460068	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Aurobindo	30	38,08 ➔	1,2692
			100	126,92 ➔	1,2692
02483580	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	38,08 ➔	1,2692
02466678	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	38,08 ➔	1,2692
02479370	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	38,08 ➔	1,2692
02473682	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	38,08 ➔	1,2692
			100	126,92 ➔	1,2692
02464179	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	38,08 ➔	1,2692
			100	126,92 ➔	1,2692

Co.			20 mg PPB		
02322412	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471124	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	30,05 ➔	1,0017
			100	100,17 ➔	1,0017
02488043	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	30,05 ➔	1,0017
02460076	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Aurobindo	30	30,05 ➔	1,0017
			100	100,17 ➔	1,0017
02483599	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	30,05 ➔	1,0017
02466686	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	30,05 ➔	1,0017
02479389	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	30,05 ➔	1,0017
02473690	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	30,05 ➔	1,0017
			100	100,17 ➔	1,0017
02464187	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	30,05 ➔	1,0017

Co.			30 mg PPB		
02322455	<i>Abilify</i>	Otsuka Can	30	113,40	3,7800
02471132	<i>Apo-Aripiprazole</i>	Apotex	30	30,05 ➔	1,0017
			100	100,17 ➔	1,0017
02488051	<i>Aripiprazole</i>	Pro Doc	30	30,05 ➔	1,0017
02460084	<i>Auro-Aripiprazole</i>	Aurobindo	30	30,05 ➔	1,0017
			100	100,17 ➔	1,0017
02483602	<i>Mint-Aripiprazole</i>	Mint	30	30,05 ➔	1,0017
02466694	<i>pms-Aripiprazole</i>	Phmscience	30	30,05 ➔	1,0017
02479397	<i>Riva-Aripiprazole</i>	Riva	30	30,05 ➔	1,0017
02473704	<i>Sandoz Aripiprazole</i>	Sandoz	30	30,05 ➔	1,0017
			100	100,17 ➔	1,0017
02464195	<i>Teva-Aripiprazole</i>	Teva Can	30	30,05 ➔	1,0017
			100	100,17 ➔	1,0017

Pd. Inj. I.M.			300 mg		
02420864	<i>Abilify Maintena</i>	Otsuka Can	1	456,18	

Pd. Inj. I.M.			400 mg		
02420872	<i>Abilify Maintena</i>	Otsuka Can	1	456,18	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CHLORPROMAZINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			25 mg		
00232823	<i>Novo-Chlorpromazine</i>	Novopharm	100	13,65	0,1365
			500	68,25	0,1365

Co.			50 mg		
00232807	<i>Novo-Chlorpromazine</i>	Novopharm	100	15,65	0,1565
			500	78,25	0,1565

Co.			100 mg		
00232831	<i>Novo-Chlorpromazine</i>	Novopharm	100	32,00	0,3200
			500	160,00	0,3200

CLOZAPINE 

Co.			25 mg PPB		
02248034	<i>AA-Clozapine</i>	AA Pharma	100	65,94	➔ 0,6594
00894737	<i>Clozaril</i>	HLS	100	94,20	0,9420
02247243	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	65,94	➔ 0,6594

Co.			50 mg PPB		
02458748	<i>AA-Clozapine</i>	AA Pharma	100	131,88	➔ 1,3188
02305003	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	131,88	➔ 1,3188

Co.			100 mg PPB		
02248035	<i>AA-Clozapine</i>	AA Pharma	100	264,46	➔ 2,6446
00894745	<i>Clozaril</i>	HLS	100	377,80	3,7780
02247244	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	264,46	➔ 2,6446

Co.			200 mg PPB		
02458756	<i>AA-Clozapine</i>	AA Pharma	100	528,92	➔ 5,2892
02305011	<i>Gen-Clozapine</i>	Mylan	100	528,92	➔ 5,2892

FLUPENTIXOL (DÉCANOATE DE) 

Sol. Inj. I.M.			20 mg/mL		
02156032	<i>Fluanxol Dépot 2%</i>	Lundbeck	1 ml	7,18	

Sol. Inj. I.M.			100 mg/mL		
02156040	<i>Fluanxol Dépot 10%</i>	Lundbeck	1 ml	35,93	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FLUPENTIXOL (DICHLORHYDRATE DE) 

Co.				0,5 mg	
02156008	<i>Fluanxol</i>	Lundbeck	100	24,83	0,2483

Co.				3 mg	
02156016	<i>Fluanxol</i>	Lundbeck	100	53,62	0,5362

FLUPHÉNAZINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.				1 mg	
00405345	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	100	17,39	0,1739

Co.				2 mg	
00410632	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	100	22,52	0,2252

Co.				5 mg	PPB
00405361	<i>Fluphénazine</i>	AA Pharma	100	17,20	➡ 0,1720
00726354	<i>pms-Fluphénazine</i>	Phmscience	100	17,20	➡ 0,1720

HALOPÉRIDOL 

Co.				0,5 mg	
00363685	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	13,62	0,1362

Co.				1 mg	
00363677	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	20,46	0,2046

Co.				2 mg	
00363669	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	30,58	0,3058

Co.				5 mg	
00363650	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	48,77	0,4877

Co.				10 mg	
00713449	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	70,95	0,7095

Co.				20 mg	
00768820	<i>Teva-Haloperidol</i>	Teva Can	100	117,28	1,1728

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. I.M.			5 mg/mL PPB		
00808652	<i>Halopéridol</i>	Sandoz	1 ml	➡	3,96
02366010	<i>Halopéridol Injection</i>	Oméga	1 ml	➡	3,96
02406411	<i>Haloperidol Injection, USP</i>	Fresenius	1 ml	➡	3,96

HALOPÉRIDOL (DÉCANOATE D')

Sol. Inj. I.M.			50 mg/mL		
02239639	<i>Haloperidol-LA Omega</i>	Oméga	5 ml		28,03

Sol. Inj. I.M.			100 mg/mL PPB		
02130300	<i>Halopéridol LA</i>	Sandoz	5 ml	➡	55,40
02239640	<i>Haloperidol-LA Omega</i>	Oméga	1 ml	➡	11,08
			5 ml	➡	55,40

LOXAPINE (SUCCINATE DE)

Co.			2,5 mg		
02242868	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100		0,2256

Co.			10 mg		
02230838	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100		0,2999

Co.			25 mg		
02230839	<i>Xylac</i>	Pendopharm	100		0,4649

MÉTHOTRIMÉPRAZINE

Co.			2 mg		
02238403	<i>Méthoprazine</i>	AA Pharma	100		0,0685

Sol. Inj.			25 mg/mL		
01927698	<i>Nozinan</i>	SanofiAven	1 ml		3,25

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OLANZAPINE 

Co.				2,5 mg	PPB	
02487608	AG-Olanzapine FC	Angita	100	17,72	➔	0,1772
02281791	Apo-Olanzapine	Apotex	100	17,72	➔	0,1772
02417243	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	17,72	➔	0,1772
02421232	Mar-Olanzapine	Marcan	100	17,72	➔	0,1772
02410141	Mint-Olanzapine	Mint	100	17,72	➔	0,1772
02311968	Olanzapine	Pro Doc	100	17,72	➔	0,1772
02372819	Olanzapine	Sanis	100	17,72	➔	0,1772
02385864	Olanzapine	Sivem	100	17,72	➔	0,1772
02303116	pms-Olanzapine	Phmscience	100	17,72	➔	0,1772
02403064	Ran-Olanzapine	Ranbaxy	100	17,72	➔	0,1772
02337126	Riva-Olanzapine	Riva	100	17,72	➔	0,1772
			500	88,60	➔	0,1772
02310341	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	17,72	➔	0,1772
02276712	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	17,72	➔	0,1772
02428008	VAN-Olanzapine	Vanc Phm	100	17,72	➔	0,1772
02229250	Zyprexa	Lilly	28	49,03		1,7511

Co.				7,5 mg	PPB	
02281813	Apo-Olanzapine	Apotex	100	53,16	➔	0,5316
02417278	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	53,16	➔	0,5316
02421259	Mar-Olanzapine	Marcan	100	53,16	➔	0,5316
02410176	Mint-Olanzapine	Mint	30	15,95	➔	0,5316
			100	53,16	➔	0,5316
02311984	Olanzapine	Pro Doc	100	53,16	➔	0,5316
02372835	Olanzapine	Sanis	100	53,16	➔	0,5316
02385880	Olanzapine	Sivem	100	53,16	➔	0,5316
02303167	pms-Olanzapine	Phmscience	100	53,16	➔	0,5316
02403080	Ran-Olanzapine	Ranbaxy	100	53,16	➔	0,5316
02337142	Riva-Olanzapine	Riva	100	53,16	➔	0,5316
			500	265,80	➔	0,5316
02310376	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	53,16	➔	0,5316
02276739	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	53,16	➔	0,5316
02428024	VAN-Olanzapine	Vanc Phm	100	53,16	➔	0,5316
02229277	Zyprexa	Lilly	28	147,09		5,2532

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.			5 mg PPB		
02327562	ACT Olanzapine ODT	Teva Can	30	10,63	➔ 0,3544
02487616	AG-Olanzapine FC	Angita	100	35,44	➔ 0,3544
02487667	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	10,63	➔ 0,3544
02281805	Apo-Olanzapine	Apotex	100	35,44	➔ 0,3544
02360616	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	10,63	➔ 0,3544
02448726	Auro-Olanzapine ODT	Aurobindo	30	10,63	➔ 0,3544
02417251	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	35,44	➔ 0,3544
02406624	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	10,63	➔ 0,3544
02421240	Mar-Olanzapine	Marcan	100	35,44	➔ 0,3544
02389088	Mar-Olanzapine ODT	Marcan	30	10,63	➔ 0,3544
02410168	Mint-Olanzapine	Mint	100	35,44	➔ 0,3544
02436965	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	10,63	➔ 0,3544
02311976	Olanzapine	Pro Doc	100	35,44	➔ 0,3544
02372827	Olanzapine	Sanis	100	35,44	➔ 0,3544
02385872	Olanzapine	Sivem	100	35,44	➔ 0,3544
02338645	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	10,63	➔ 0,3544
02352974	Olanzapine ODT	Sanis	30	10,63	➔ 0,3544
02343665	Olanzapine ODT	Sivem	30	10,63	➔ 0,3544
02303159	pms-Olanzapine	Phmscience	100	35,44	➔ 0,3544
02303191	pms-Olanzapine ODT	Phmscience	30	10,63	➔ 0,3544
02403072	Ran-Olanzapine	Ranbaxy	100	35,44	➔ 0,3544
02414090	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	9,92	➔ 0,3544
02337134	Riva-Olanzapine	Riva	100	35,44	➔ 0,3544
			500	177,20	➔ 0,3544
02310368	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	35,44	➔ 0,3544
02327775	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	10,63	➔ 0,3544
02276720	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	35,44	➔ 0,3544
02428016	VAN-Olanzapine	Vanc Phm	100	35,44	➔ 0,3544
02229269	Zyprexa	Lilly	28	98,06	3,5021
02243086	Zyprexa Zydis	Lilly	28	100,09	3,5746

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.			10 mg PPB		
02327570	ACT Olanzapine ODT	Teva Can	30	21,26	➔ 0,7088
02487632	AG-Olanzapine FC	Angita	100	70,88	➔ 0,7088
02487675	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	21,26	➔ 0,7088
02281821	Apo-Olanzapine	Apotex	100	70,88	➔ 0,7088
			500	354,40	➔ 0,7088
02360624	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	21,26	➔ 0,7088
02448734	Auro-Olanzapine ODT	Aurobindo	30	21,26	➔ 0,7088
02417286	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	70,88	➔ 0,7088
02406632	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	21,26	➔ 0,7088
02421267	Mar-Olanzapine	Marcan	100	70,88	➔ 0,7088
02389096	Mar-Olanzapine ODT	Marcan	30	21,26	➔ 0,7088
02410184	Mint-Olanzapine	Mint	100	70,88	➔ 0,7088
02436973	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	21,26	➔ 0,7088
02311992	Olanzapine	Pro Doc	100	70,88	➔ 0,7088
02372843	Olanzapine	Sanis	100	70,88	➔ 0,7088
02385899	Olanzapine	Sivem	100	70,88	➔ 0,7088
02338653	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	21,26	➔ 0,7088
02352982	Olanzapine ODT	Sanis	30	21,26	➔ 0,7088
02343673	Olanzapine ODT	Sivem	30	21,26	➔ 0,7088
02303175	pms-Olanzapine	Phmscience	100	70,88	➔ 0,7088
02303205	pms-Olanzapine ODT	Phmscience	30	21,26	➔ 0,7088
02403099	Ran-Olanzapine	Ranbaxy	100	70,88	➔ 0,7088
02414104	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	19,85	➔ 0,7088
02337150	Riva-Olanzapine	Riva	100	70,88	➔ 0,7088
			500	354,40	➔ 0,7088
02310384	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	70,88	➔ 0,7088
02327783	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	21,26	➔ 0,7088
02276747	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	70,88	➔ 0,7088
			500	354,40	➔ 0,7088
02428032	VAN-Olanzapine	Vanc Phm	100	70,88	➔ 0,7088
02229285	Zyprexa	Lilly	28	196,12	7,0043
02243087	Zyprexa Zydis	Lilly	28	200,00	7,1429

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.			15 mg PPB		
02327589	ACT Olanzapine ODT	Teva Can	30	31,89	➔ 1,0631
02487683	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	31,89	➔ 1,0631
02281848	Apo-Olanzapine	Apotex	100	106,31	➔ 1,0631
02360632	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	31,89	➔ 1,0631
02448742	Auro-Olanzapine ODT	Aurobindo	30	31,89	➔ 1,0631
02417294	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	106,31	➔ 1,0631
02406640	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	31,89	➔ 1,0631
02421275	Mar-Olanzapine	Marcan	100	106,31	➔ 1,0631
02389118	Mar-Olanzapine ODT	Marcan	30	31,89	➔ 1,0631
02410192	Mint-Olanzapine	Mint	30	31,89	➔ 1,0631
			100	106,31	➔ 1,0631
02436981	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	31,89	➔ 1,0631
02312018	Olanzapine	Pro Doc	100	106,31	➔ 1,0631
02372851	Olanzapine	Sanis	100	106,31	➔ 1,0631
02385902	Olanzapine	Sivem	100	106,31	➔ 1,0631
02338661	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	31,89	➔ 1,0631
02352990	Olanzapine ODT	Sanis	30	31,89	➔ 1,0631
02343681	Olanzapine ODT	Sivem	30	31,89	➔ 1,0631
02303183	pms-Olanzapine	Phmscience	100	106,31	➔ 1,0631
02303213	pms-Olanzapine ODT	Phmscience	30	31,89	➔ 1,0631
02403102	Ran-Olanzapine	Ranbaxy	100	106,31	➔ 1,0631
02414112	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	29,77	➔ 1,0631
02337169	Riva-Olanzapine	Riva	100	106,31	➔ 1,0631
			500	531,55	➔ 1,0631
02310392	Sandoz Olanzapine	Sandoz	100	106,31	➔ 1,0631
02327791	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	31,89	➔ 1,0631
02276755	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	106,31	➔ 1,0631
02428040	VAN-Olanzapine	Vanc Phm	100	106,31	➔ 1,0631
02238850	Zyprexa	Lilly	28	294,17	10,5061
02243088	Zyprexa Zydys	Lilly	28	299,91	10,7111

Co. Diss. Orale ou Co.			20 mg PPB		
02327597	ACT Olanzapine ODT	Teva Can	30	42,41	➔ 1,4137
02487691	AG-Olanzapine ODT	Angita	30	42,41	➔ 1,4137
02333015	Apo-Olanzapine	Apotex	100	141,37	➔ 1,4137
02360640	Apo-Olanzapine ODT	Apotex	30	42,41	➔ 1,4137
02448750	Auro-Olanzapine ODT	Aurobindo	30	42,41	➔ 1,4137
02417308	Jamp-Olanzapine FC	Jamp	100	141,37	➔ 1,4137
02406659	Jamp-Olanzapine ODT	Jamp	30	42,41	➔ 1,4137
02389126	Mar-Olanzapine ODT	Marcan	30	42,41	➔ 1,4137
02437007	Mint-Olanzapine ODT	Mint	30	42,41	➔ 1,4137
02421704	Olanzapine	Pro Doc	100	141,37	➔ 1,4137
02425114	Olanzapine ODT	Pro Doc	30	42,41	➔ 1,4137
02343703	Olanzapine ODT	Sivem	30	42,41	➔ 1,4137
02367483	pms-Olanzapine	Phmscience	100	141,37	➔ 1,4137
02414120	Ran-Olanzapine ODT	Ranbaxy	28	39,58	➔ 1,4137
02327805	Sandoz Olanzapine ODT	Sandoz	30	42,41	➔ 1,4137
02359707	Teva-Olanzapine	Teva Can	100	141,37	➔ 1,4137
02238851	Zyprexa	Lilly	28	392,23	14,0082
02243089	Zyprexa Zydys	Lilly	28	395,84	14,1371

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PALIPÉRIDONE (PALMITATE DE) 

Susp. Inj. I.M. 1 mois			50 mg/0,5 mL		
02354217	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	1	304,10	

Susp. Inj. I.M. 1 mois			75 mg/0,75 mL		
02354225	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	1	456,18	

Susp. Inj. I.M. 1 mois			100 mg/1,0 mL		
02354233	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	1	456,18	

Susp. Inj. I.M. 1 mois			150 mg/1,5 mL		
02354241	<i>Invega Sustenna</i>	Janss. Inc	1	608,22	

Susp. Inj. I.M. 3 mois			175 mg/0,875 mL		
02455943	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	912,30	

Susp. Inj. I.M. 3 mois			263 mg/1,315 mL		
02455986	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	1368,54	

Susp. Inj. I.M. 3 mois			350 mg/1,75 mL		
02455994	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	1368,54	

Susp. Inj. I.M. 3 mois			525 mg/2,625 mL		
02456001	<i>Invega Trinza</i>	Janss. Inc	1	1824,66	

PÉRICYAZINE 

Caps.			5 mg		
01926780	<i>Neuleptil</i>	Erfa	100	18,84	0,1884

Caps.			10 mg		
01926772	<i>Neuleptil</i>	Erfa	100	29,85	0,2985

Caps.			20 mg		
01926764	<i>Neuleptil</i>	Erfa	100	47,12	0,4712

Sol. Orale			10 mg/mL		
01926756	<i>Neuleptil</i>	Erfa	100 ml	32,84	0,3284

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PERPHÉNAZINE 

Co.			2 mg		
00335134	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	6,39	0,0639

Co.			4 mg		
00335126	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	7,73	0,0773

Co.			8 mg		
00335118	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	8,49	0,0849

Co.			16 mg		
00335096	<i>Perphénazine</i>	AA Pharma	100	12,74	0,1274

PIMOZIDE 

Co.			2 mg		
00313815	<i>Orap</i>	AA Pharma	100	22,79	0,2279

Co.			4 mg		
00313823	<i>Orap</i>	AA Pharma	100	41,36	0,4136
02245433	<i>Pimozide</i>	AA Pharma	100	41,36	0,4136

PROCHLORPÉRAZINE 

Supp.			10 mg		
00789720	<i>Sandoz Prochlorpérazine</i>	Sandoz	10	19,10	1,9100

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE) 

Co.			5 mg		
00886440	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	16,59	0,1659

Co.			10 mg		
00886432	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	20,25	0,2025

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

QUÉTIAPINE (FUMARATE DE) 

Co.

25 mg **PPB**

02316080	<i>ACT Quetiapine</i>	ActavisPhm	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02475979	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02313901	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02390205	<i>Auro-Quetiapine</i>	Aurobindo	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02447193	<i>Bio-Quetiapine</i>	Biomed	100	4,94 ➡	0,0494
02390140	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02330415	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02399822	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02438003	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	4,94 ➡	0,0494
02439158	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	100	4,94 ➡	0,0494
02486237	<i>NRA-Quetiapine</i>	Nora	500	24,70 ➡	0,0494
02296551	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02447088	<i>Priva-Quetiapine</i>	Pharmapar	100	4,94 ➡	0,0494
02317346	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	500	24,70 ➡	0,0494
02387794	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	4,94 ➡	0,0494
02353164	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02317893	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02397099	<i>Ran-Quetiapine</i>	Ranbaxy	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02316692	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02313995	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02236951	<i>Seroquel</i>	AZC	100	51,35	0,5135
02284235	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	100	4,94 ➡	0,0494
			500	24,70 ➡	0,0494
02434024	<i>VAN-Quetiapine</i>	Vanc Phm	100	4,94 ➡	0,0494

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			100 mg PPB		
02316099	<i>ACT Quetiapine</i>	ActavisPhm	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02475987	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	13,18	➔ 0,1318
02313928	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02390213	<i>Auro-Quetiapine</i>	Aurobindo	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02447207	<i>Bio-Quetiapine</i>	Biomed	100	13,18	➔ 0,1318
02390159	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02330423	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02399830	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02438011	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	13,18	➔ 0,1318
02439166	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	100	13,18	➔ 0,1318
02296578	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02317354	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	100	13,18	➔ 0,1318
02387808	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	13,18	➔ 0,1318
02353172	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02317907	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02397102	<i>Ran-Quetiapine</i>	Ranbaxy	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02316706	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02314002	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02236952	<i>Seroquel</i>	AZC	100	137,00	1,3700
02284243	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	100	13,18	➔ 0,1318
			500	65,90	➔ 0,1318
02434032	<i>VAN-Quetiapine</i>	Vanc Phm	100	13,18	➔ 0,1318
Co.			150 mg PPB		
02387816	<i>Comprimés de quétiapine</i>	Accord	100	96,56	➔ 0,9656
02439174	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	100	96,56	➔ 0,9656
02284251	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	100	96,56	➔ 0,9656

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			200 mg PPB		
02316110	<i>ACT Quetiapine</i>	ActavisPhm	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02475995	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	26,47	➡ 0,2647
02313936	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02390248	<i>Auro-Quetiapine</i>	Aurobindo	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02447223	<i>Bio-Quetiapine</i>	Biomed	100	26,47	➡ 0,2647
02390167	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	26,47	➡ 0,2647
02330458	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	26,47	➡ 0,2647
02399849	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02438046	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	26,47	➡ 0,2647
02439182	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	100	26,47	➡ 0,2647
02296594	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02317362	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	100	26,47	➡ 0,2647
02387824	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	26,47	➡ 0,2647
02353199	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02317923	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	26,47	➡ 0,2647
02397110	<i>Ran-Quetiapine</i>	Ranbaxy	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02316722	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	26,47	➡ 0,2647
			500	132,35	➡ 0,2647
02314010	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	26,47	➡ 0,2647
02236953	<i>Seroquel</i>	AZC	100	275,20	➡ 2,7520
02284278	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	30	7,94	➡ 0,2647
			100	26,47	➡ 0,2647
02434040	<i>VAN-Quetiapine</i>	Vanc Phm	100	26,47	➡ 0,2647

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			300 mg PPB		
02316129	<i>ACT Quetiapine</i>	ActavisPhm	100	38,63	➔ 0,3863
			500	193,15	➔ 0,3863
02476002	<i>AG-Quetiapine</i>	Angita	100	38,63	➔ 0,3863
02313944	<i>Apo-Quetiapine</i>	Apotex	100	38,63	➔ 0,3863
02390256	<i>Auro-Quetiapine</i>	Aurobindo	100	38,63	➔ 0,3863
			500	193,15	➔ 0,3863
02447258	<i>Bio-Quetiapine</i>	Biomed	100	38,63	➔ 0,3863
02390175	<i>Jamp Quetiapine Fumarate</i>	Jamp	100	38,63	➔ 0,3863
02330466	<i>Jamp-Quetiapine</i>	Jamp	100	38,63	➔ 0,3863
02399857	<i>Mar-Quetiapine</i>	Marcan	100	38,63	➔ 0,3863
			500	193,15	➔ 0,3863
02438054	<i>Mint-Quetiapine</i>	Mint	100	38,63	➔ 0,3863
02439190	<i>NAT-Quetiapine</i>	Natco	100	38,63	➔ 0,3863
02296608	<i>pms-Quetiapine</i>	Phmscience	100	38,63	➔ 0,3863
			500	193,15	➔ 0,3863
02317370	<i>Pro-Quetiapine</i>	Pro Doc	100	38,63	➔ 0,3863
02387832	<i>Quetiapine</i>	Accord	100	38,63	➔ 0,3863
02353202	<i>Quetiapine</i>	Sanis	100	38,63	➔ 0,3863
			500	193,15	➔ 0,3863
02317931	<i>Quetiapine</i>	Sivem	100	38,63	➔ 0,3863
02397129	<i>Ran-Quetiapine</i>	Ranbaxy	100	38,63	➔ 0,3863
			500	193,15	➔ 0,3863
02316730	<i>Riva-Quetiapine</i>	Riva	100	38,63	➔ 0,3863
			500	193,15	➔ 0,3863
02314029	<i>Sandoz Quetiapine</i>	Sandoz	100	38,63	➔ 0,3863
02244107	<i>Seroquel</i>	AZC	100	401,45	4,0145
02284286	<i>Teva-Quetiapine</i>	Teva Can	30	11,59	➔ 0,3863
			100	38,63	➔ 0,3863
02434059	<i>VAN-Quetiapine</i>	Vanc Phm	100	38,63	➔ 0,3863

Co. L.A.			50 mg PPB		
02450860	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	15,01	➔ 0,2501
02457229	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	15,01	➔ 0,2501
+ 02510677	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	15,01	➔ 0,2501
02417782	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	25,01	➔ 0,2501
02417359	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	15,01	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02407671	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	15,01	➔ 0,2501
			100	25,01	➔ 0,2501
02300184	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	58,80	0,9800
02395444	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	15,01	➔ 0,2501

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			150 mg PPB		
02450879	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	29,56 ➔	0,4926
02457237	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	29,56 ➔	0,4926
+ 02510685	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	29,56 ➔	0,4926
02417790	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	49,26 ➔	0,4926
02417367	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	29,56 ➔	0,4926
			100	49,26 ➔	0,4926
02407698	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	29,56 ➔	0,4926
			100	49,26 ➔	0,4926
02321513	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	115,80	1,9300
02395452	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	29,56 ➔	0,4926

Co. L.A.			200 mg PPB		
02450887	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	39,97 ➔	0,6661
02457245	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	39,97 ➔	0,6661
+ 02510693	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	39,97 ➔	0,6661
02417804	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	66,61 ➔	0,6661
02417375	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	39,97 ➔	0,6661
			100	66,61 ➔	0,6661
02407701	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	39,97 ➔	0,6661
			100	66,61 ➔	0,6661
02300192	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	157,20	2,6200
02395460	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	39,97 ➔	0,6661

Co. L.A.			300 mg PPB		
02450895	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	58,66 ➔	0,9776
02457253	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	58,66 ➔	0,9776
+ 02510707	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	58,66 ➔	0,9776
02417812	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	97,76 ➔	0,9776
02417383	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	58,66 ➔	0,9776
			100	97,76 ➔	0,9776
02407728	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	58,66 ➔	0,9776
			100	97,76 ➔	0,9776
02300206	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	231,60	3,8600
02395479	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	58,66 ➔	0,9776

Co. L.A.			400 mg PPB		
02450909	<i>ACH-Quetiapine Fumarate XR</i>	Accord	60	79,62 ➔	1,3270
02457261	<i>Apo-Quetiapine XR</i>	Apotex	60	79,62 ➔	1,3270
+ 02510715	<i>NRA-Quetiapine XR</i>	Nora	60	79,62 ➔	1,3270
02417820	<i>Quetiapine XR</i>	Pro Doc	100	132,70 ➔	1,3270
02417391	<i>Quetiapine XR</i>	Sivem	60	79,62 ➔	1,3270
			100	132,70 ➔	1,3270
02407736	<i>Sandoz Quetiapine XRT</i>	Sandoz	60	79,62 ➔	1,3270
			100	132,70 ➔	1,3270
02300214	<i>Seroquel XR</i>	AZC	60	314,40	5,2400
02395487	<i>Teva-Quetiapine XR</i>	Teva Can	60	79,62 ➔	1,3270

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RISPÉRIDONE 

Co.

0,25 mg **PPB**

02282585	<i>ACT Risperidone</i>	ActavisPhm	100	10,36	➔	0,1036
02369079	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	10,36	➔	0,1036
02282119	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	10,36	➔	0,1036
			500	51,80	➔	0,1036
02359529	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	10,36	➔	0,1036
			500	51,80	➔	0,1036
02371766	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	10,36	➔	0,1036
02359790	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	10,36	➔	0,1036
02282690	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	60	6,22	➔	0,1036
			100	10,36	➔	0,1036
02252007	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	10,36	➔	0,1036
			500	51,80	➔	0,1036
02312700	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	10,36	➔	0,1036
02328305	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	100	10,36	➔	0,1036
			500	51,80	➔	0,1036
02356880	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	10,36	➔	0,1036
02283565	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	10,36	➔	0,1036
02303655	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	10,36	➔	0,1036

Co.

0,5 mg **PPB**

02282593	<i>ACT Risperidone</i>	ActavisPhm	100	17,35	➔	0,1735
02369087	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	17,35	➔	0,1735
02282127	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	17,35	➔	0,1735
			500	86,75	➔	0,1735
02359537	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	100	17,35	➔	0,1735
			500	86,75	➔	0,1735
02371774	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	17,35	➔	0,1735
02359804	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	17,35	➔	0,1735
02264188	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	60	10,41	➔	0,1735
			100	17,35	➔	0,1735
02252015	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	17,35	➔	0,1735
			500	86,75	➔	0,1735
02312719	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	17,35	➔	0,1735
02328313	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	100	17,35	➔	0,1735
			500	86,75	➔	0,1735
02356899	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	17,35	➔	0,1735
02283573	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	17,35	➔	0,1735
02303663	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	17,35	➔	0,1735

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			1 mg PPB		
02282607	<i>ACT Risperidone</i>	ActavisPhm	60	14,38	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397
02369095	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	23,97	➔ 0,2397
02282135	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	23,97	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397
02359545	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	60	14,38	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397
02371782	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	23,97	➔ 0,2397
02359812	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	23,97	➔ 0,2397
02264196	<i>Novo-Risperidone</i>	Novopharm	60	14,38	➔ 0,2397
			100	23,97	➔ 0,2397
02252023	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	23,97	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397
02312727	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	23,97	➔ 0,2397
02328321	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	100	23,97	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397
02356902	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	23,97	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397
02283581	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	23,97	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397
02279800	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	23,97	➔ 0,2397
			500	119,85	➔ 0,2397

Co.			2 mg PPB		
02282615	<i>ACT Risperidone</i>	ActavisPhm	60	28,77	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02369117	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	47,95	➔ 0,4795
02282143	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	47,95	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02359553	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	60	28,77	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02371790	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	47,95	➔ 0,4795
02359820	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	47,95	➔ 0,4795
02252031	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	47,95	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02312735	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	47,95	➔ 0,4795
02328348	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	100	47,95	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02356910	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	47,95	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02283603	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	47,95	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02279819	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	47,95	➔ 0,4795
			500	239,75	➔ 0,4795
02264218	<i>Teva-Risperidone</i>	Novopharm	60	28,77	➔ 0,4795
			100	47,95	➔ 0,4795

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			3 mg PPB		
02282623	<i>ACT Risperidone</i>	ActavisPhm	60	43,08	➡ 0,7180
			250	179,50	➡ 0,7180
02369125	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	71,80	➡ 0,7180
02282151	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	71,80	➡ 0,7180
02359561	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	60	43,08	➡ 0,7180
			100	71,80	➡ 0,7180
02371804	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	71,80	➡ 0,7180
02359839	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	71,80	➡ 0,7180
02252058	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	71,80	➡ 0,7180
			500	359,00	➡ 0,7180
02312743	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	71,80	➡ 0,7180
02328364	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	100	71,80	➡ 0,7180
02356929	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	71,80	➡ 0,7180
			250	179,50	➡ 0,7180
02283611	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	100	71,80	➡ 0,7180
			250	179,50	➡ 0,7180
02279827	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	71,80	➡ 0,7180
			250	179,50	➡ 0,7180
02264226	<i>Teva-Risperidone</i>	Novopharm	60	43,08	➡ 0,7180
			100	71,80	➡ 0,7180

Co.			4 mg PPB		
02282631	<i>ACT Risperidone</i>	ActavisPhm	60	57,44	➡ 0,9574
02369133	<i>AG-Risperidone</i>	Angita	100	95,74	➡ 0,9574
02282178	<i>Apo-Risperidone</i>	Apotex	100	95,74	➡ 0,9574
02359588	<i>Jamp-Risperidone</i>	Jamp	60	57,44	➡ 0,9574
			100	95,74	➡ 0,9574
02371812	<i>Mar-Risperidone</i>	Marcan	100	95,74	➡ 0,9574
02359847	<i>Mint-Risperidon</i>	Mint	100	95,74	➡ 0,9574
02252066	<i>pms-Risperidone</i>	Phmscience	100	95,74	➡ 0,9574
02312751	<i>Pro-Risperidone</i>	Pro Doc	100	95,74	➡ 0,9574
02328372	<i>Ran-Risperidone</i>	Ranbaxy	100	95,74	➡ 0,9574
02356937	<i>Rispéridone</i>	Sanis	100	95,74	➡ 0,9574
02283638	<i>Riva-Risperidone</i>	Riva	60	57,44	➡ 0,9574
			100	95,74	➡ 0,9574
02279835	<i>Sandoz Risperidone</i>	Sandoz	100	95,74	➡ 0,9574
02264234	<i>Teva-Risperidone</i>	Novopharm	100	95,74	➡ 0,9574

Pd. Inj. I.M.			12,5 mg		
02298465	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	75,41	

Pd. Inj. I.M.			25 mg		
02255707	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	156,09	

Pd. Inj. I.M.			37,5 mg		
02255723	<i>Risperdal Consta</i>	Janss. Inc	1	234,16	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj. I.M.				50 mg	
02255758	Risperdal Consta	Janss. Inc	1	312,20	

RISPERIDONE (TARTRATE DE)

Sol. Orale			1 mg/mL PPB		
02454319	Jamp-Risperidone	Jamp	30 ml	13,99 ➔	0,4663
02279266	pms-Risperidone	Phmscience	30 ml	13,99 ➔	0,4663
02236950	Risperdal	Janss. Inc	30 ml	16,56	0,5520

THIOPROPÉRAZINE (MÉSYLATE DE)

Co.			10 mg		
01927639	Majeptil	Erfa	100	31,81	0,3181

TRIFLUOPÉRAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			1 mg		
00345539	Trifluopérazine	AA Pharma	100	13,40	0,1340

Co.			2 mg		
00312754	Trifluopérazine	AA Pharma	100	17,93	0,1793

Co.			5 mg		
00312746	Trifluopérazine	AA Pharma	100	23,75	0,2375

Co.			10 mg		
00326836	Trifluopérazine	AA Pharma	100	28,46	0,2846

Co.			20 mg		
00595942	Trifluopérazine	AA Pharma	100	56,92	0,5692

ZIPRASIDONE

Caps.			20 mg PPB		
02449544	Auro-Ziprasidone	Aurobindo	60	81,89 ➔	1,3648
			100	136,48 ➔	1,3648
02298597	Zeldox	Upjohn	60	81,89 ➔	1,3648

Caps.			40 mg PPB		
02449552	Auro-Ziprasidone	Aurobindo	60	93,80 ➔	1,5633
			100	156,34 ➔	1,5634
02298600	Zeldox	Upjohn	60	93,80 ➔	1,5633

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			60 mg PPB		
02449560	<i>Auro-Ziprasidone</i>	Aurobindo	60	93,80 ➔	1,5633
			100	156,34 ➔	1,5634
02298619	<i>Zeldox</i>	Upjohn	60	93,80 ➔	1,5633

Caps.			80 mg PPB		
02449579	<i>Auro-Ziprasidone</i>	Aurobindo	60	93,80 ➔	1,5633
			100	156,34 ➔	1,5634
02298627	<i>Zeldox</i>	Upjohn	60	93,80 ➔	1,5633

ZUCLOPENTHIXOL (ACÉTATE DE)

Sol. Inj. I.M.			50 mg/mL		
02230405	<i>Clopixol-acuphase</i>	Lundbeck	1 ml	14,91	

ZUCLOPENTHIXOL (DÉCANOATE DE)

Sol. Inj. I.M.			200 mg/mL		
02230406	<i>Clopixol dépôt</i>	Lundbeck	1 ml	14,91	

ZUCLOPENTHIXOL (DICHLORHYDRATE DE)

Co.			10 mg		
02230402	<i>Clopixol</i>	Lundbeck	100	38,35	0,3835

Co.			25 mg		
02230403	<i>Clopixol</i>	Lundbeck	100	95,88	0,9588

28:20.04

AMPHÉTAMINES

DEXAMPHÉTAMINE (SULFATE DE)

Caps. L.A.			10 mg PPB		
02448319	<i>ACT Dextroamphetamine SR</i>	ActavisPhm	100	80,96 ➔	0,8096
01924559	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	81,71	0,8171

Caps. L.A.			15 mg PPB		
02448327	<i>ACT Dextroamphetamine SR</i>	ActavisPhm	100	98,98 ➔	0,9898
01924567	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	100,05	1,0005

Co.			5 mg PPB		
01924516	<i>Dexédrine</i>	Paladin	100	56,89	0,5689
02443236	<i>Dextroamphetamine</i>	AA Pharma	100	50,81 ➔	0,5081

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:20.92

AUTRES STIMULANTS S.N.C.

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE) ⚡

Co.

5 mg **PPB**

02273950	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	9,47	➔	0,0947
02234749	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	9,47	➔	0,0947

Co.

10 mg **PPB**

02249324	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	8,16	➔	0,0816
			500	40,80	➔	0,0816
00584991	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	8,16	➔	0,0816
			500	40,80	➔	0,0816

Co.

20 mg **PPB**

02249332	<i>Apo-Methylphenidate</i>	Apotex	100	23,26	➔	0,2326
00585009	<i>pms-Methylphénidate</i>	Phmscience	100	23,26	➔	0,2326
00005614	<i>Ritalin</i>	Novartis	100	50,35		0,5035

Co. L.A.

20 mg **PPB**

02266687	<i>Apo-Methylphenidate SR</i>	Apotex	100	28,20	➔	0,2820
00632775	<i>Ritalin SR</i>	Novartis	100	53,06		0,5306
02320312	<i>Sandoz Methylphenidate SR</i>	Sandoz	100	28,20	➔	0,2820

28:24.08

BENZODIAZÉPINES

ALPRAZOLAM ☒

Co.

0,25 mg **PPB**

02349191	<i>Alprazolam</i>	Sanis	100	6,09	➔	0,0609
			1000	60,90	➔	0,0609
01908189	<i>Alprazolam-0.25</i>	Pro Doc	100	6,09	➔	0,0609
00865397	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	6,09	➔	0,0609
			1000	60,90	➔	0,0609
02400111	<i>Jamp-Alprazolam</i>	Jamp	100	6,09	➔	0,0609
			500	30,45	➔	0,0609
01913484	<i>Teva-Alprazolam</i>	Teva Can	1000	60,90	➔	0,0609
00548359	<i>Xanax</i>	Upjohn	100	18,97		0,1897

Co.

0,5 mg **PPB**

02349205	<i>Alprazolam</i>	Sanis	100	7,28	➔	0,0728
			1000	72,80	➔	0,0728
01908170	<i>Alprazolam-0.5</i>	Pro Doc	1000	72,80	➔	0,0728
00865400	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	7,28	➔	0,0728
			1000	72,80	➔	0,0728
02400138	<i>Jamp-Alprazolam</i>	Jamp	100	7,28	➔	0,0728
			500	36,40	➔	0,0728
01913492	<i>Teva-Alprazolam</i>	Teva Can	1000	72,80	➔	0,0728
00548367	<i>Xanax</i>	Upjohn	100	22,67		0,2267

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1 mg PPB	
02248706	<i>Alprazolam-1</i>	Pro Doc	100	20,92	0,2092
02243611	<i>Apo-Alpraz</i>	Apotex	100	20,92	0,2092
02400146	<i>Jamp-Alprazolam</i>	Jamp	100	20,92	0,2092
00723770	<i>Xanax</i>	Upjohn	100	40,81	0,4081

Co.				2 mg PPB	
02243612	<i>Apo-Alpraz TS</i>	Apotex	100	37,18	0,3718
02400154	<i>Jamp-Alprazolam</i>	Jamp	100	37,18	0,3718
00813958	<i>Xanax TS</i>	Upjohn	100	72,55	0,7255

BROMAZÉPAM ☒

Co.				3 mg	
02220520	<i>Bromazepam-3</i>	Pro Doc	500	18,74	0,0375

Co.				6 mg	
02220539	<i>Bromazepam-6</i>	Pro Doc	500	27,38	0,0548

CHLORDIAZÉPOXIDE (CHLORHYDRATE DE) ☒

Caps.				5 mg	
00522724	<i>Chlordiazépoxide</i>	AA Pharma	100	6,79	0,0679

Caps.				10 mg	
00522988	<i>Chlordiazépoxide</i>	AA Pharma	100	10,70	0,1070

Caps.				25 mg	
00522996	<i>Chlordiazépoxide</i>	AA Pharma	100	16,58	0,1658

DIAZÉPAM ☒

Co.				2 mg PPB	
00405329	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	100	5,08	0,0508
02247490	<i>pms-Diazepam</i>	Phmscience	100	5,08	0,0508

Co.				5 mg PPB	
00362158	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	100	6,50	0,0650
02247491	<i>pms-Diazepam</i>	Phmscience	500	32,50	0,0650
00013285	<i>Valium</i>	Roche	100	15,63	0,1563

Co.				10 mg PPB	
00405337	<i>Diazépam</i>	AA Pharma	100	8,67	0,0867
02247492	<i>pms-Diazepam</i>	Phmscience	500	43,35	0,0867

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Gel Rectal				5 mg/mL	
02238162	<i>Diastat 1 mL (5 mg)</i>	Valeant	2	142,18	71,0900
99113825	<i>Diastat 2 mL (10 mg)</i>	Valeant	2	142,18	71,0900
99113826	<i>Diastat 3 mL (15 mg)</i>	Valeant	2	142,18	71,0900

FLURAZÉPAM (CHLORHYDRATE DE) ☒

Caps.				15 mg	
00521698	<i>Flurazépam</i>	AA Pharma	100	11,66	0,1166

Caps.				30 mg	
00521701	<i>Flurazépam</i>	AA Pharma	100	13,64	0,1364

LORAZÉPAM ☒

Co.				0,5 mg PPB	
00655740	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	500	17,95 ➡	0,0359
02041413	<i>Ativan</i>	Pfizer	500	17,95 ➡	0,0359
02351072	<i>Lorazepam</i>	Sanis	100	3,59 ➡	0,0359
			1000	35,90 ➡	0,0359
00711101	<i>Novo-Lorazem</i>	Novopharm	100	3,59 ➡	0,0359
			1000	35,90 ➡	0,0359
00728187	<i>pms-Lorazepam</i>	Phmscience	100	3,59 ➡	0,0359
			1000	35,90 ➡	0,0359
00655643	<i>Pro-Lorazepam</i>	Pro Doc	500	17,95 ➡	0,0359

Co.				1 mg PPB	
00655759	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	1000	44,70 ➡	0,0447
02041421	<i>Ativan</i>	Pfizer	1000	44,70 ➡	0,0447
02351080	<i>Lorazepam</i>	Sanis	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447
00728195	<i>pms-Lorazepam</i>	Phmscience	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447
00655651	<i>Pro-Lorazepam</i>	Pro Doc	1000	44,70 ➡	0,0447
00637742	<i>Teva-Lorazepam</i>	Novopharm	100	4,47 ➡	0,0447
			1000	44,70 ➡	0,0447

Co.				2 mg PPB	
00655767	<i>Apo-Lorazepam</i>	Apotex	100	6,99 ➡	0,0699
			1000	69,90 ➡	0,0699
02041448	<i>Ativan</i>	Pfizer	1000	69,90 ➡	0,0699
02351099	<i>Lorazepam</i>	Sanis	100	6,99 ➡	0,0699
			1000	69,90 ➡	0,0699
00728209	<i>pms-Lorazepam</i>	Phmscience	100	6,99 ➡	0,0699
			1000	69,90 ➡	0,0699
00655678	<i>Pro-Lorazepam</i>	Pro Doc	100	6,99 ➡	0,0699
00637750	<i>Teva-Lorazepam</i>	Novopharm	100	6,99 ➡	0,0699
			1000	69,90 ➡	0,0699

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			4 mg/mL		
02243278	Lorazépam Injection	Sandoz	1 ml	21,20	

MIDAZOLAM ☒

Sol. Inj.			1 mg/mL PPB			
02242904	Midazolam	Fresenius	2 ml	➡	1,56	
			5 ml	➡	3,90	
			10 ml	➡	5,80	
02240285	Midazolam	Sandoz	2 ml	➡	1,56	
			5 ml	➡	3,90	
			10 ml	➡	5,80	
02423758	Midazolam Injection	Pfizer	5 ml		3,90	R

Sol. Inj.			5 mg/mL PPB			
02242905	Midazolam	Fresenius	1 ml	➡	4,10	
			2 ml	➡	8,20	
			10 ml	➡	25,30	
02240286	Midazolam	Sandoz	1 ml	➡	4,10	
			2 ml	➡	8,20	
			10 ml	➡	25,30	
02423766	Midazolam Injection	Pfizer	1 ml		4,10	R
			3 ml		12,30	R
			10 ml		25,30	R

OXAZÉPAM ☒

Co.			10 mg PPB			
00402680	Apo-Oxazépam	Apotex	100	3,50	➡	0,0350
			1000	35,00	➡	0,0350
00497754	Oxazépam-10	Pro Doc	1000	35,00	➡	0,0350
00568392	Riva-Oxazepam	Riva	100	3,50	➡	0,0350
			500	17,50	➡	0,0350

Co.			15 mg PPB			
00402745	Apo-Oxazépam	Apotex	100	5,50	➡	0,0550
			1000	55,00	➡	0,0550
00497762	Oxazépam-15	Pro Doc	1000	55,00	➡	0,0550
00568406	Riva-Oxazepam	Riva	100	5,50	➡	0,0550
			500	27,50	➡	0,0550

Co.			30 mg PPB			
00402737	Apo-Oxazépam	Apotex	100	7,50	➡	0,0750
			1000	75,00	➡	0,0750
00497770	Oxazépam-30	Pro Doc	1000	75,00	➡	0,0750
00568414	Riva-Oxazepam	Riva	100	7,50	➡	0,0750
			500	37,50	➡	0,0750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TÉMAZÉPAM 

Caps.			15 mg		
00604453	Restoril	AA Pharma	100	19,85	0,1985

Caps.			30 mg		
00604461	Restoril	AA Pharma	100	23,87	0,2387

28:24.92

DIVERS ANXIOLYTIQUES, SÉDATIFS ET HYPNOTIQUES

BUSPIRONE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			10 mg PPB		
02211076	Apo-Buspirone	Apotex	100	27,13	➔ 0,2713
02500213	Auro-Buspirone	Aurobindo	100	27,13	➔ 0,2713
			1000	271,30	➔ 0,2713
02447851	Buspirone	Sanis	100	27,13	➔ 0,2713
02223163	Buspirone-10	Pro Doc	100	27,13	➔ 0,2713
02231492	Novo-Buspirone	Novopharm	100	27,13	➔ 0,2713
02230942	pms-Buspirone	Phmscience	100	27,13	➔ 0,2713
02237858	ratio-Buspirone	Ratiopharm	100	27,13	➔ 0,2713

CHLORAL (HYDRATE DE) 

Sir.			500 mg/5 mL PPB		
+ 02247621	Chloral Hydrate Odan	Odan	500 ml	21,67	➔ 0,0433
* 00792659	pms-Chloral Hydrate	Phmscience	500 ml	21,67	➔ 0,0433

HYDROXYZINE (CHLORHYDRATE D') 

Caps.			10 mg PPB		
00646059	Hydroxyzine	AA Pharma	100	11,43	0,1143
00738824	Novo-Hydroxyzin	Novopharm	100	3,32	➔ 0,0332

Caps.			25 mg PPB		
00646024	Hydroxyzine	AA Pharma	100	14,59	0,1459
00738832	Novo-Hydroxyzin	Novopharm	100	5,38	➔ 0,0538

Caps.			50 mg PPB		
00646016	Hydroxyzine	AA Pharma	100	21,18	0,2118
00738840	Teva-Hydroxyzin	Teva Can	100	7,50	➔ 0,0750

Sir.			10 mg/5 mL PPB		
00024694	Atarax	Erfa	473 ml	19,04	➔ 0,0403
00741817	pms-Hydroxyzine	Phmscience	500 ml	20,13	➔ 0,0403

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PROMÉTHAZINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			50 mg		
00575186	<i>Histanil</i>	Phmscience	100	16,64	0,1664

28:28

AUTRES PSYCHOTROPES

LITHIUM (CARBONATE DE)

Caps.			150 mg		
02242837	<i>Apo-Lithium Carbonate</i>	Apotex	100	6,67	0,0667
00461733	<i>Carbolith</i>	Valeant	100	11,41	0,1141
02013231	<i>Lithane</i>	Erfa	100	10,58	0,1058
02216132	<i>pms-Lithium carbonate</i>	Phmscience	100	6,67	0,0667
			1000	66,70	0,0667

Caps.			300 mg		
02242838	<i>Apo-Lithium Carbonate</i>	Apotex	100	6,57	0,0657
00236683	<i>Carbolith</i>	Valeant	100	8,86	0,0886
			1000	88,61	0,0886
00406775	<i>Lithane</i>	Erfa	1000	105,40	0,1054
02216140	<i>pms-Lithium carbonate</i>	Phmscience	100	6,57	0,0657
			1000	65,70	0,0657

Caps.			600 mg		
02011239	<i>Carbolith</i>	Valeant	100	17,00	0,1700
02216159	<i>pms-Lithium carbonate</i>	Phmscience	100	16,23	0,1623

LITHIUM (CITRATE DE)

Sir.			300 mg/5 mL		
02074834	<i>pms-Lithium Citrate</i>	Phmscience	500 ml	34,37	0,0687

28:32.28

AGONISTES DES RÉCEPTEURS 5HT-1

ALMOTRIPTAN (MALATE D')

Co.			6,25 mg PPB		
02405792	<i>Apo-Almotriptan</i>	Apotex	6	42,26	➔ 7,0433
02398435	<i>Mylan-Almotriptan</i>	Mylan	6	42,26	➔ 7,0433

Co.			12,5 mg PPB		
02424029	<i>Almotriptan</i>	Pro Doc	6	14,09	➔ 2,3478
02466821	<i>Almotriptan</i>	Sanis	6	14,09	➔ 2,3478
02405806	<i>Apo-Almotriptan</i>	Apotex	6	14,09	➔ 2,3478
02398443	<i>Mylan-Almotriptan</i>	Mylan	6	14,09	➔ 2,3478
02405334	<i>Sandoz Almotriptan</i>	Sandoz	6	14,09	➔ 2,3478
02434849	<i>Teva-Almotriptan</i>	Teva Can	6	14,09	➔ 2,3478

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ELETRIPTAN (BROMHYDRATE D') 

Co.		20 mg PPB			
02386054	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	➔ 2,6167
02479451	<i>Auro-Eletriptan</i>	Aurobindo	6	15,70	➔ 2,6167
02489961	<i>Eletriptan</i>	Pro Doc	6	15,70	➔ 2,6167
02493683	<i>Jamp Eletriptan</i>	Jamp	6	15,70	➔ 2,6167
02434342	<i>pms-Eletriptan</i>	Phmscience	6	15,70	➔ 2,6167
			30	78,52	➔ 2,6172
02256290	<i>Relpax</i>	Upjohn	6	79,18	13,1967
02382091	<i>Teva-Eletriptan</i>	Teva Can	6	15,70	➔ 2,6167

Co.		40 mg PPB			
02386062	<i>Apo-Eletriptan</i>	Apotex	6	15,70	➔ 2,6167
02479478	<i>Auro-Eletriptan</i>	Aurobindo	6	15,70	➔ 2,6167
02489988	<i>Eletriptan</i>	Pro Doc	6	15,70	➔ 2,6167
02493691	<i>Jamp Eletriptan</i>	Jamp	6	15,70	➔ 2,6167
02434350	<i>pms-Eletriptan</i>	Phmscience	6	15,70	➔ 2,6167
			30	78,52	➔ 2,6172
02256304	<i>Relpax</i>	Upjohn	6	79,18	13,1967
02382105	<i>Teva-Eletriptan</i>	Teva Can	6	15,70	➔ 2,6167

NARATRIPTAN (CHLORHYDRATE DE) 

Co.		1 mg PPB			
02237820	<i>Amerge</i>	GSK	2	26,53	13,2650
02365499	<i>Apo-Naratriptan</i>	Apotex	6	36,86	➔ 6,1433
02314290	<i>Teva-Naratriptan</i>	Teva Can	8	49,15	➔ 6,1433

Co.		2,5 mg PPB			
02237821	<i>Amerge</i>	GSK	6	83,86	➔ 13,9767
02314304	<i>Novo-Naratriptan</i>	Novopharm	8	49,15	➔ 6,1433
02322323	<i>Sandoz Naratriptan</i>	Sandoz	9	55,29	➔ 6,1433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RIZATRIPTAN (BENZOATE DE) 

Co. Diss. Orale ou Co.

5 mg **PPB**

02374730	<i>ACT Rizatriptan ODT</i>	ActavisPhm	6	22,23	➔ 3,7050
			12	44,46	➔ 3,7050
02393468	<i>Apo-Rizatriptan</i>	Apotex	6	22,23	➔ 3,7050
02393484	<i>Apo-Rizatriptan RPD</i>	Apotex	6	22,23	➔ 3,7050
02458764	<i>CCP-Rizatriptan</i>	Cellchem	6	22,23	➔ 3,7050
02380455	<i>Jamp-Rizatriptan</i>	Jamp	6	22,23	➔ 3,7050
02429233	<i>Jamp-Rizatriptan IR</i>	Jamp	6	22,23	➔ 3,7050
02465086	<i>Jamp-Rizatriptan ODT</i>	Jamp	6	22,23	➔ 3,7050
02379651	<i>Mar-Rizatriptan</i>	Marcan	6	22,23	➔ 3,7050
			30	111,15	➔ 3,7050
02462788	<i>Mar-Rizatriptan ODT</i>	Marcan	6	22,23	➔ 3,7050
02240518	<i>Maxalt RPD</i>	Merck	12	171,57	14,2975
02439573	<i>Mint-Rizatriptan ODT</i>	Mint	6	22,23	➔ 3,7050
02379198	<i>Mylan-Rizatriptan ODT</i>	Mylan	6	22,23	➔ 3,7050
02436604	<i>NAT-Rizatriptan ODT</i>	Natco	6	22,23	➔ 3,7050
02393360	<i>pms-Rizatriptan RDT</i>	Phmscience	6	22,23	➔ 3,7050
02442906	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sanis	6	22,23	➔ 3,7050
02446111	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sivem	6	22,23	➔ 3,7050
02415798	<i>Rizatriptan RDT</i>	Pro Doc	6	22,23	➔ 3,7050
02351870	<i>Sandoz Rizatriptan ODT</i>	Sandoz	6	22,23	➔ 3,7050
02396661	<i>Teva-Rizatriptan ODT</i>	Teva Can	6	22,23	➔ 3,7050
02428512	<i>VAN-Rizatriptan</i>	Vanc Phm	12	44,46	➔ 3,7050

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.			10 mg PPB		
02381702	<i>ACT Rizatriptan</i>	ActavisPhm	6	22,23	➔ 3,7050
			12	44,46	➔ 3,7050
02374749	<i>ACT Rizatriptan ODT</i>	ActavisPhm	6	22,23	➔ 3,7050
			12	44,46	➔ 3,7050
02492490	<i>AG-Rizatriptan ODT</i>	Angita	6	22,23	➔ 3,7050
02393476	<i>Apo-Rizatriptan</i>	Apotex	6	22,23	➔ 3,7050
02393492	<i>Apo-Rizatriptan RPD</i>	Apotex	6	22,23	➔ 3,7050
02441144	<i>Auro-Rizatriptan</i>	Aurobindo	6	22,23	➔ 3,7050
			12	44,46	➔ 3,7050
02458772	<i>CCP-Rizatriptan</i>	Cellchem	6	22,23	➔ 3,7050
02380463	<i>Jamp-Rizatriptan</i>	Jamp	6	22,23	➔ 3,7050
			30	111,15	➔ 3,7050
02429241	<i>Jamp-Rizatriptan IR</i>	Jamp	6	22,23	➔ 3,7050
			12	44,46	➔ 3,7050
02465094	<i>Jamp-Rizatriptan ODT</i>	Jamp	6	22,23	➔ 3,7050
02379678	<i>Mar-Rizatriptan</i>	Marcan	6	22,23	➔ 3,7050
			12	44,46	➔ 3,7050
02462796	<i>Mar-Rizatriptan ODT</i>	Marcan	6	22,23	➔ 3,7050
02240521	<i>Maxalt</i>	Merck	12	171,57	14,2975
02240519	<i>Maxalt RPD</i>	Merck	12	171,57	14,2975
02439581	<i>Mint-Rizatriptan ODT</i>	Mint	6	22,23	➔ 3,7050
02379201	<i>Mylan-Rizatriptan ODT</i>	Mylan	6	22,23	➔ 3,7050
02436612	<i>NAT-Rizatriptan ODT</i>	Natco	6	22,23	➔ 3,7050
02489384	<i>NRA-Rizatriptan ODT</i>	Nora	6	22,23	➔ 3,7050
02393379	<i>pms-Rizatriptan RDT</i>	Phmscience	6	22,23	➔ 3,7050
02442914	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sanis	6	22,23	➔ 3,7050
02446138	<i>Rizatriptan ODT</i>	Sivem	6	22,23	➔ 3,7050
02415801	<i>Rizatriptan RDT</i>	Pro Doc	6	22,23	➔ 3,7050
02351889	<i>Sandoz Rizatriptan ODT</i>	Sandoz	6	22,23	➔ 3,7050
02396688	<i>Teva-Rizatriptan ODT</i>	Teva Can	6	22,23	➔ 3,7050
02428520	<i>VAN-Rizatriptan</i>	Vanc Phm	6	22,23	➔ 3,7050
02448505	<i>VAN-Rizatriptan ODT</i>	Vanc Phm	6	22,23	➔ 3,7050

SUMATRIPTAN (HÉMISULFATE DE)

Vap. nasal

20 mg

02230420	<i>Imitrex</i>	GSK	2	27,31	13,6550
----------	----------------	-----	---	-------	---------

SUMATRIPTAN (SUCCINATE DE)

Co.

50 mg **PPB**

02257890	<i>ACT Sumatriptan</i>	ActavisPhm	6	16,64	➔ 2,7732
02268388	<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	6	16,64	➔ 2,7732
02212153	<i>Imitrex DF</i>	GSK	6	83,86	13,9767
02268914	<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	6	16,64	➔ 2,7732
02286823	<i>Novo-Sumatriptan DF</i>	Novopharm	6	16,64	➔ 2,7732
02256436	<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	6	16,64	➔ 2,7732
			30	83,20	➔ 2,7732
02263025	<i>Sandoz Sumatriptan</i>	Sandoz	6	16,64	➔ 2,7732
02324652	<i>Sumatriptan</i>	Pro Doc	6	16,64	➔ 2,7732
02286521	<i>Sumatriptan</i>	Sanis	6	16,64	➔ 2,7732
02385570	<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	6	16,64	➔ 2,7732

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

Co.

100 mg **PPB**

02257904	<i>ACT Sumatriptan</i>	ActavisPhm	6	18,33	➔ 3,0549
02268396	<i>Apo-Sumatriptan</i>	Apotex	6	18,33	➔ 3,0549
02212161	<i>Imitrex DF</i>	GSK	6	92,38	15,3967
02268922	<i>Mylan-Sumatriptan</i>	Mylan	6	18,33	➔ 3,0549
02239367	<i>Novo-Sumatriptan</i>	Novopharm	6	18,33	➔ 3,0549
02286831	<i>Novo-Sumatriptan DF</i>	Novopharm	6	18,33	➔ 3,0549
			50	152,75	➔ 3,0549
02256444	<i>pms-Sumatriptan</i>	Phmscience	6	18,33	➔ 3,0549
			30	91,65	➔ 3,0549
02263033	<i>Sandoz Sumatriptan</i>	Sandoz	6	18,33	➔ 3,0549
02324660	<i>Sumatriptan</i>	Pro Doc	6	18,33	➔ 3,0549
02286548	<i>Sumatriptan</i>	Sanis	6	18,33	➔ 3,0549
02385589	<i>Sumatriptan DF</i>	Sivem	6	18,33	➔ 3,0549

Sol. Inj. S.C.

6 mg/0,5 mL **PPB**

99000598	<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	2	73,24	36,6200
02361698	<i>Taro-Sumatriptan</i>	Taro	2	66,35	➔ 33,1750

Trousse

6 mg/0,5 mL

02212188	<i>Imitrex Stat Dose</i>	GSK	1	81,32	
----------	--------------------------	-----	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ZOLMITRIPTAN

Co. Diss. Orale ou Co.

2,5 mg **PPB**

02381575	<i>Apo-Zolmitriptan Rapid</i>	Apotex	6	10,52	➔ 1,7532
02458780	<i>CCP-Zolmitriptan</i>	Cellchem	6	10,52	➔ 1,7532
02421623	<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	6	10,52	➔ 1,7532
02477106	<i>Jamp-Zolmitriptan</i>	Jamp	6	10,52	➔ 1,7532
02428237	<i>Jamp-Zolmitriptan ODT</i>	Jamp	6	10,52	➔ 1,7532
02399458	<i>Mar-Zolmitriptan</i>	Marcan	6	10,52	➔ 1,7532
02419521	<i>Mint-Zolmitriptan</i>	Mint	6	10,52	➔ 1,7532
02419513	<i>Mint-Zolmitriptan ODT</i>	Mint	6	10,52	➔ 1,7532
02421534	<i>NAT-Zolmitriptan</i>	Natco	6	10,52	➔ 1,7532
			100	296,28	➔ 2,9628
02489392	<i>NRA-Zolmitriptan</i>	Nora	6	10,52	➔ 1,7532
02324229	<i>pms-Zolmitriptan</i>	Phmscience	6	10,52	➔ 1,7532
			30	88,88	➔ 2,9628
02324768	<i>pms-Zolmitriptan ODT</i>	Phmscience	6	10,52	➔ 1,7532
02362988	<i>Sandoz Zolmitriptan</i>	Sandoz	3	8,89	➔ 2,9628
			6	10,52	➔ 1,7532
02362996	<i>Sandoz Zolmitriptan ODT</i>	Sandoz	2	5,93	➔ 2,9628
			6	10,52	➔ 1,7532
02428474	<i>Septa-Zolmitriptan-ODT</i>	Septa	6	10,52	➔ 1,7532
02313960	<i>Teva Zolmitriptan</i>	Teva Can	6	10,52	➔ 1,7532
02342545	<i>Teva Zolmitriptan OD</i>	Teva Can	6	10,52	➔ 1,7532
02438763	<i>VAN-Zolmitriptan ODT</i>	Vanc Phm	6	10,52	➔ 1,7532
02379929	<i>Zolmitriptan</i>	Pro Doc	6	10,52	➔ 1,7532
02442655	<i>Zolmitriptan</i>	Sanis	6	10,52	➔ 1,7532
02379988	<i>Zolmitriptan ODT</i>	Pro Doc	6	10,52	➔ 1,7532
02442671	<i>Zolmitriptan ODT</i>	Sanis	6	10,52	➔ 1,7532
02238660	<i>Zomig</i>	AZC	6	83,10	➔ 13,8500
02243045	<i>Zomig Rapimelt</i>	AZC	6	83,10	➔ 13,8500

Vap. nasal

5 mg

02248993	<i>Zomig</i>	AZC	6	83,10	➔ 13,8500
----------	--------------	-----	---	-------	-----------

28:32.92

AUTRES ANTIMIGRAINEUX

PIZOTIFÈNE (MALATE DE)

Co.

1 mg

00511552	<i>Sandomigran DS</i>	Paladin	100	62,83	➔ 0,6283
----------	-----------------------	---------	-----	-------	----------

28:36.04

ADAMANTANES

AMANTADINE (CHLORHYDRATE D')

Caps.

100 mg

01990403	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	100	52,52	➔ 0,5252
----------	-----------------------	------------	-----	-------	----------

Sir.

50 mg/5 mL

02022826	<i>PDP-Amantadine</i>	Pendopharm	500 ml	54,90	➔ 0,1098
----------	-----------------------	------------	--------	-------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:36.08

ANTICHOLINERGIQUES

BENZTROPINE (MÉSYLATE DE)

Co.			1 mg		
00706531	<i>PDP-Benztropine</i>	Pendopharm	1000	52,20	0,0522

TRIHXYPHÉNIDYLE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			2 mg		
00545058	<i>Trihexyphenidyl</i>	AA Pharma	100	3,76	0,0376

Co.			5 mg		
00545074	<i>Trihex</i>	AA Pharma	100	6,81	0,0681

28:36.12

INHIBITEURS DE LA CATÉCHOL-O-MÉTHYLTRANSFÉRASE

ENTACAPONE

Co.			200 mg PPB		
02321459	<i>Apo-Entacapone</i>	Apotex	100	40,10	➔ 0,4010
02243763	<i>Comtan</i>	Sandoz	100	151,92	➔ 1,5192
02380005	<i>Sandoz Entacapone</i>	Sandoz	100	40,10	➔ 0,4010
02375559	<i>Teva Entacapone</i>	Teva Can	100	40,10	➔ 0,4010

28:36.16

PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE

LÉVODOPA/ CARBIDOPA

Co.			100 mg -10 mg PPB		
02195933	<i>Apo-Levocarb</i>	Apotex	100	11,74	➔ 0,1174
02457954	<i>Mint-Levocarb</i>	Mint	100	11,74	➔ 0,1174
02244494	<i>Novo-Levocarbidoa</i>	Novopharm	100	11,74	➔ 0,1174
00355658	<i>Sinemet 100/10</i>	Merck	100	44,49	➔ 0,4449

Co.			100 mg -25 mg PPB		
02195941	<i>Apo-Levocarb</i>	Apotex	100	17,53	➔ 0,1753
			500	87,65	➔ 0,1753
02457962	<i>Mint-Levocarb</i>	Mint	100	17,53	➔ 0,1753
			500	87,65	➔ 0,1753
02244495	<i>Novo-Levocarbidoa</i>	Novopharm	100	17,53	➔ 0,1753
			500	87,65	➔ 0,1753
02311178	<i>Pro-Levocarb-100/25</i>	Pro Doc	100	17,53	➔ 0,1753
			500	87,65	➔ 0,1753
00513997	<i>Sinemet 100/25</i>	Merck	100	66,42	➔ 0,6642

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.			100 mg -25 mg PPB		
* 02272873	<i>Levocarb CR</i>	AA Pharma	100	37,07	➔ 0,3707
02421488	<i>pms-Levocarb CR</i>	Phmscience	100	37,07	➔ 0,3707
02028786	<i>Sinemet CR</i>	Merck	100	68,65	➔ 0,6865

Co. L.A.			200 mg -50 mg PPB		
* 02245211	<i>Levocarb CR</i>	AA Pharma	100	67,56	➔ 0,6756
02421496	<i>pms-Levocarb CR</i>	Phmscience	100	67,56	➔ 0,6756
			500	337,80	➔ 0,6756
00870935	<i>Sinemet CR</i>	Merck	100	125,11	➔ 1,2511

28:36.20
AGONISTES DE LA DOPAMINE
BROMOCRIPTINE (MÉSYLATE DE) 

Caps.			5 mg		
02230454	<i>Bromocriptine</i>	AA Pharma	100	152,51	➔ 1,5251

Co.			2,5 mg		
02087324	<i>Bromocriptine</i>	AA Pharma	100	101,88	➔ 1,0188

PRAMIPEXOLE (DICHLORHYDRATE DE) 

Co.			0,25 mg PPB		
02297302	<i>Act Pramipexole</i>	ActavisPhm	100	19,50	➔ 0,1950
02292378	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	19,50	➔ 0,1950
02424061	<i>Auro-Pramipexole</i>	Aurobindo	100	19,50	➔ 0,1950
			500	97,50	➔ 0,1950
02237145	<i>Mirapex</i>	Bo. Ing.	90	94,62	➔ 1,0513
02325802	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	19,50	➔ 0,1950
02309122	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	19,50	➔ 0,1950
02315262	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	19,50	➔ 0,1950
02269309	<i>Teva-Pramipexole</i>	Teva Can	90	17,55	➔ 0,1950

Co.			0,5 mg PPB		
02297310	<i>Act Pramipexole</i>	ActavisPhm	100	40,18	➔ 0,4018
02292386	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	40,18	➔ 0,4018
02424088	<i>Auro-Pramipexole</i>	Aurobindo	100	40,18	➔ 0,4018
			500	200,90	➔ 0,4018
02325810	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	40,18	➔ 0,4018
02309130	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	40,18	➔ 0,4018
02315270	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	40,18	➔ 0,4018
02269317	<i>Teva-Pramipexole</i>	Teva Can	90	36,16	➔ 0,4018

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			1 mg PPB		
02297329	<i>Act Pramipexole</i>	ActavisPhm	100	39,01	➔ 0,3901
02292394	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	39,01	➔ 0,3901
02424096	<i>Auro-Pramipexole</i>	Aurobindo	100	39,01	➔ 0,3901
			500	195,05	➔ 0,3901
02325829	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	39,01	➔ 0,3901
02309149	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	39,01	➔ 0,3901
02315289	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	39,01	➔ 0,3901
02269325	<i>Teva-Pramipexole</i>	Teva Can	90	35,11	➔ 0,3901

Co.			1,5 mg PPB		
02297337	<i>Act Pramipexole</i>	ActavisPhm	100	39,01	➔ 0,3901
02292408	<i>Apo-Pramipexole</i>	Apotex	100	39,01	➔ 0,3901
02424118	<i>Auro-Pramipexole</i>	Aurobindo	100	39,01	➔ 0,3901
			500	195,05	➔ 0,3901
02325837	<i>Pramipexole</i>	Pro Doc	100	39,01	➔ 0,3901
02309157	<i>Pramipexole</i>	Sivem	100	39,01	➔ 0,3901
02315297	<i>Sandoz Pramipexole</i>	Sandoz	100	39,01	➔ 0,3901

ROPINIROLE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			0,25 mg PPB		
02316846	<i>ACT Ropinirole</i>	ActavisPhm	100	7,09	➔ 0,0709
02337746	<i>Apo-Ropinirole</i>	Apotex	100	7,09	➔ 0,0709
02352338	<i>Jamp-Ropinirole</i>	Jamp	100	7,09	➔ 0,0709
02326590	<i>pms-Ropinirole</i>	Phmscience	100	7,09	➔ 0,0709
02314037	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	7,09	➔ 0,0709
02353040	<i>Ropinirole</i>	Sanis	100	7,09	➔ 0,0709

Co.			1 mg PPB		
02316854	<i>ACT Ropinirole</i>	ActavisPhm	100	28,38	➔ 0,2838
02337762	<i>Apo-Ropinirole</i>	Apotex	100	28,38	➔ 0,2838
02352346	<i>Jamp-Ropinirole</i>	Jamp	100	28,38	➔ 0,2838
02326612	<i>pms-Ropinirole</i>	Phmscience	100	28,38	➔ 0,2838
02314053	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	28,38	➔ 0,2838
02353059	<i>Ropinirole</i>	Sanis	100	28,38	➔ 0,2838

Co.			2 mg PPB		
02316862	<i>ACT Ropinirole</i>	ActavisPhm	100	31,22	➔ 0,3122
02337770	<i>Apo-Ropinirole</i>	Apotex	100	31,22	➔ 0,3122
02352354	<i>Jamp-Ropinirole</i>	Jamp	100	31,22	➔ 0,3122
02326620	<i>pms-Ropinirole</i>	Phmscience	100	31,22	➔ 0,3122
02314061	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	31,22	➔ 0,3122

Co.			5 mg PPB		
02316870	<i>ACT Ropinirole</i>	ActavisPhm	100	85,96	➔ 0,8596
02337800	<i>Apo-Ropinirole</i>	Apotex	100	85,96	➔ 0,8596
02352362	<i>Jamp-Ropinirole</i>	Jamp	100	85,96	➔ 0,8596
02314088	<i>Ran-Ropinirole</i>	Ranbaxy	100	85,96	➔ 0,8596

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:36.32

INHIBITEURS DE LA MONOAMINE OXYDASE DE TYPE B

SÉLÉGILINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.		5 mg PPB			
02230641	<i>Apo-Selegiline</i>	Apotex	100	50,21 ➔	0,5021
02068087	<i>Novo-Sélegiline</i>	Novopharm	60	30,13 ➔	0,5021

28:36.92

AUTRES ANTIPARKINSONIENS

ÉTHOPROPAZINE (CHLORHYDRATE D') 

Co.		50 mg			
01927744	<i>Parsitan</i>	Erfa	100	19,53	0,1953

LÉVODOPA/ BENSÉRAZIDE (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.		50 mg -12,5 mg			
00522597	<i>Prolopa 50/12.5</i>	Roche	100	27,87	0,2787

Caps.		100 mg -25 mg			
00386464	<i>Prolopa 100/25</i>	Roche	100	45,88	0,4588

LÉVODOPA/ CARBIDOPA/ ENTACAPONE 

Co.		50 mg - 12,5 mg - 200 mg			
02305933	<i>Stalevo</i>	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.		75 mg - 18,75 mg - 200 mg			
02337827	<i>Stalevo</i>	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.		100 mg - 25 mg - 200 mg			
02305941	<i>Stalevo</i>	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.		125 mg - 31,25 mg - 200 mg			
02337835	<i>Stalevo</i>	Sandoz	100	160,05	1,6005

Co.		150 mg - 37,5 mg - 200 mg			
02305968	<i>Stalevo</i>	Sandoz	100	160,05	1,6005

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

28:92

MÉDICAMENTS S.N.C. DIVERS

BÉTAHISTINE (DICHLORHYDRATE DE) 

Co.

16 mg **PPB**

02374757	<i>ACT Betahistine</i>	ActavisPhm	100	11,06	➔	0,1106
02449153	<i>Auro-Betahistine</i>	Aurobindo	100	11,06	➔	0,1106
02466449	<i>Betahistine</i>	Sanis	100	11,06	➔	0,1106
02280191	<i>Novo-Betahistine</i>	Novopharm	100	11,06	➔	0,1106
02330210	<i>pms-Betahistine</i>	Phmscience	100	11,06	➔	0,1106
02243878	<i>Serc</i>	BGP Pharma	100	45,99		0,4599

Co.

24 mg **PPB**

02374765	<i>ACT Betahistine</i>	ActavisPhm	100	16,59	➔	0,1659
02449161	<i>Auro-Betahistine</i>	Aurobindo	100	16,59	➔	0,1659
02466457	<i>Betahistine</i>	Sanis	100	16,59	➔	0,1659
02280205	<i>Novo-Betahistine</i>	Novopharm	100	16,59	➔	0,1659
02330237	<i>pms-Betahistine</i>	Phmscience	100	16,59	➔	0,1659
02247998	<i>Serc</i>	BGP Pharma	100	68,97		0,6897

TETRABENAZINE 

Co.

25 mg **PPB**

02407590	<i>Apo-Tetrabenazine</i>	Apotex	100	180,03	➔	1,8003
02410338	<i>Comprimés de tétrabénazine</i>	Sterimax	112	201,63	➔	1,8003
02199270	<i>Nitoman</i>	Valeant	112	699,92		6,2493
02402424	<i>pms-Tetrabenazine</i>	Phmscience	100	180,03	➔	1,8003

36:00
AGENTS DIAGNOSTIQUES

- 36:26** diabète sucré
- 36:88** analyse d'urine et de selles
 - 36:88.12 cétones
 - 36:88.40 sucre
 - 36:88.92 divers
- 36:92** divers agents diagnostiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

36:26

DIABÈTE SUCRÉ

RÉACTIF QUANTITATIF DES CÉTONES DANS LE SANG

Bandelette

PPB

99100929	<i>FreeStyle Precision (Cétone)</i>	Abbott	10	15,06	
99100850	<i>Nova Max Plus (Ketone)</i>	NovaBiomed	10	14,99	➔
99004879	<i>Precision Xtra (Cétone)</i>	Ab Diabete	10	15,06	

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG

Bandelette

99002884	<i>Accu-Chek Advantage</i>	Roche SD	50	40,80	
			100	71,25	
99100214	<i>Accu-Chek Aviva</i>	Roche SD	50	40,80	
			100	71,25	
99004364	<i>Accu-Chek Compact</i>	Roche SD	51	41,62	
			102	72,68	
99101387	<i>Accu-Chek Guide</i>	Roche SD	50	34,07	
			100	68,13	
99100791	<i>Accu-Chek Mobile</i>	Roche SD	100	71,25	
99100834	<i>Bionime Rightest GS100</i>	Bionime	50	23,00	
			100	45,00	
99101011	<i>Bravo</i>	DEXmedical	100	39,99	
99101275	<i>CareSens N</i>	I-Sens	100	50,00	
99100096	<i>Contour</i>	Ascensia	50	40,81	
			100	69,89	
99100849	<i>Contour NEXT</i>	Ascensia	100	69,89	
99101233	<i>Fora Test N'GO</i>	TaiDoc	50	25,00	
99004704	<i>Freestyle</i>	Ab Diabete	50	37,00	R
			100	69,00	R
99100478	<i>FreeStyle Lite</i>	Ab Diabete	50	37,00	
			100	69,00	
99100928	<i>FreeStyle Precision</i>	Abbott	100	68,90	
99101090	<i>GE200</i>	Bionime	50	26,00	
			100	51,00	
99101184	<i>Medi+Sure</i>	Medisure	50	34,00	
			100	68,00	
99100787	<i>OneTouch Verio</i>	Lifescan	100	69,43	
99004119	<i>Precision Xtra</i>	Ab Diabete	50	39,75	R
			100	68,90	R
99113794	<i>Rapid Response Gluco-MD</i>	BTNX	50	34,50	
99101313	<i>Spirit Blood Glucose Test Strips</i>	Ara Pharm	100	50,00	
99101186	<i>SureTest</i>	Skymed	50	25,00	
99100413	<i>TrueTrack</i>	Nipro Diag	50	22,78	
			100	39,57	
99004240	<i>Ultra</i>	Lifescan	50	39,75	
			100	69,43	

36:88.12

CÉTONES

RÉACTIF QUALITATIF DE L'ACÉTONE

Bandelette

00035092	<i>Ketostix</i>	Ascensia	50	6,06	
----------	-----------------	----------	----	------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

36:88.40

SUCRE

RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DU GLUCOSE

Bandelette

00035130	<i>Diastix</i>	Ascensia	50	5,44	
----------	----------------	----------	----	------	--

36:88.92

DIVERS

RÉACTIF SEMI-QUANTITATIF DE L'ACÉTONE ET DU GLUCOSE

Bandelette

00035149	<i>Keto-Diastix</i>	Ascensia	100	13,03	
----------	---------------------	----------	-----	-------	--

36:92

DIVERS AGENTS DIAGNOSTIQUES

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG POUR TEST PAR LE PHARMACIEN

Bandelette

				12	
99101324	<i>CoaguChek XS PT Test</i>	Roche Diag	6	37,20	6,2000
			24	148,80	6,2000
			48	297,60	6,2000
99113493	<i>CoaguChek XS PT Test PST</i>	Roche Diag	6	37,20	6,2000
			24	148,80	6,2000

12 Une bandelette est remboursable pour mesurer le rapport international normalisé (RIN) chez les personnes pour qui un pharmacien qui pratique en milieu communautaire prend en charge l'ajustement de la dose d'un antagoniste de la vitamine K pour l'atteinte de cibles thérapeutiques. De plus, un maximum d'une bandelette par jour est remboursable par personne.

40:00

ÉLECTROLYTES-DIURÉTIQUES

- 40:08** **alcalinisants**
- 40:12** **agents de suppléance**
- 40:18** **résines échangeuses d'ions**
- 40:18.18 résines échangeuses de potassium
- 40:20** **agents calorifiques**
- 40:28** **diurétiques**
- 40:28.08 diurétiques de l'anse
- 40:28.16 diurétiques épargneurs de potassium
- 40:28.20 diurétiques thiazidiques
- 40:28.24 diurétiques apparentés aux
 thiazidiques
- 40:28.92 autres diurétiques

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

40:08
ALCALINISANTS
ACIDE CITRIQUE/ CITRATE DE SODIUM

Sol. Orale			334 mg -500 mg/5 mL		
00721344	<i>Dicitrate</i>	Pendopharm	500 ml	22,33	0,0447

BICARBONATE DE SODIUM

Co.		500 mg PPB			
80030520	<i>Jamp-Sodium Bicarbonate</i>	Jamp	500	34,20 ➔	0,0684
80022194	<i>Sandoz Sodium Bicarbonate</i>	Sandoz	500	34,20 ➔	0,0684

40:12
AGENTS DE SUPPLÉANCE
CALCIUM (CARBONATE DE)

Co.		500 mg PPB			
80103904	<i>AG-Calcium 500 mg</i>	Angita	500	10,80 ➔	0,0216
80076097	<i>Alta-Cal</i>	Altamed	500	10,80 ➔	0,0216
80066648	<i>Bio-Calcium</i>	Biomed	500	10,80 ➔	0,0216
80062015	<i>Calcium</i>	Sanis	500	10,80 ➔	0,0216
80003773	<i>Calcium 500</i>	Trianon	100	2,16 ➔	0,0216
			500	10,80 ➔	0,0216
80067139	<i>Calcium Tablet</i>	Cellchem	60	1,30 ➔	0,0216
02237352	<i>Euro-Cal</i>	Sandoz	500	10,80 ➔	0,0216
02246040	<i>Jamp-Calcium</i>	Jamp	500	10,80 ➔	0,0216
			1000	21,60 ➔	0,0216
80055526	<i>MCal 500 mg</i>	Mantra Ph.	500	10,80 ➔	0,0216
80001408	<i>Novo-Calcium</i>	Novopharm	500	10,80 ➔	0,0216
00618098	<i>Nu-Cal</i>	Odan	100	2,16 ➔	0,0216
			500	10,80 ➔	0,0216
80039952	<i>Opus Cal 500</i>	Opus	500	10,80 ➔	0,0216
80001122	<i>Pharma-Cal 500 mg</i>	Pendopharm	500	10,80 ➔	0,0216
			1000	21,60 ➔	0,0216
80079608	<i>Pro-Cal-500</i>	Pro Doc	500	10,80 ➔	0,0216

CALCIUM (CARBONATE DE)/ VITAMINE D

Co.		500 mg - 125 UI et 200 UI PPB			
80004143	<i>Biocal-D</i>	Biomed	500	14,45 ➔	0,0289
80017196	<i>Cal-500-D</i>	Pro Doc	500	14,45 ➔	0,0289
80004966	<i>Calcite D 500</i>	Riva	100	2,89 ➔	0,0289
80004968	<i>Calcium D 500</i>	Trianon	100	2,89 ➔	0,0289
			500	14,45 ➔	0,0289
02237351	<i>Euro-Cal-D</i>	Sandoz	500	14,45 ➔	0,0289
02246041	<i>Jamp-Calcium+Vitamine D 125 U.I.</i>	Jamp	100	2,89 ➔	0,0289
			500	14,45 ➔	0,0289
80007304	<i>O-Calcium 500 mg avec Vitamine D</i>	Novopharm	100	2,89 ➔	0,0289
			500	14,45 ➔	0,0289
80067149	<i>Osteo Tablet</i>	Cellchem	60	1,73 ➔	0,0289
80004281	<i>pms-Calcium 500 + D 125 UI</i>	Phmscience	500	14,45 ➔	0,0289

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Croq.			500 mg - 800 UI		
80058042	<i>Calcía Plus</i>	Medexus	60	7,20	0,1200

Co. ou Caps.			500 mg - 800 UI PPB		
80015972	<i>Calcite 500 + D 800</i>	Riva	30	3,60	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80083458	<i>Calcium 500 Vitamine D800</i>	Altamed	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80015847	<i>Cal-Os D</i>	Jamp	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80024378	<i>LiquiCal-D</i>	Mayaka	100	12,00	➔ 0,1200
80028413	<i>Liqui-Jamp Plus</i>	Jamp	120	14,40	➔ 0,1200
80019533	<i>MCal D800</i>	Mantra Ph.	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80079933	<i>Vitamin D + Calcium</i>	Cellchem	60	7,20	➔ 0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Croq. ou Caps.			500 mg - 400 UI et 500 UI PPB		
+ 80101376	AG-Calcium D 400 Croq.	Angita	60	7,20	➔ 0,1200
80066647	Bio-Calcium-D	Biomed	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80012594	Biocal-D Forte	Biomed	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80090977	Bio-Cal-D3	Biomed	500	60,00	➔ 0,1200
80088060	Bio-Cal-D3 Forte	Biomed	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80000159	Calcia 400	Medexus	60	7,20	➔ 0,1200
* 80017099	Calcia Duo	Medexus	60	7,20	R
			500	60,00	R
80004963	Calcite 500 + D 400	Riva	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80004969	Calcium 500 + D 400	Trianon	100	12,00	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80083997	Calcium 500 + Vitamine D400	Altamed	60	7,20	➔ 0,1200
80066082	Calcium 500 Vitamine D400	Altamed	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80066089	Calcium 500 Vitamine D400 UI	Altamed	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80053666	Calcium/Vit D	Sanis	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80002901	Carbocal D 400 (Co. croq)	Sandoz	60	7,20	➔ 0,1200
02245511	Carbocal D 400 (Co.)	Sandoz	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80004545	Carbocal D 400 (Co.)	Sandoz	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80002122	Jamp-Calcium + Vitamine D 400 UI	Jamp	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80025065	Jamp-Calcium + Vitamine D 400 UI Rose	Jamp	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80012435	Jamp-Calcium + Vitamine D 500 UI	Jamp	500	60,00	➔ 0,1200
80002623	Jamp-Calcium+Vitamine D 400 UI Croquable	Jamp	60	7,20	➔ 0,1200
			300	36,00	➔ 0,1200
80025360	J-Cal-D 400	Jamp	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80000408	LiquiCal D 400	Mayaka	100	12,00	➔ 0,1200
80021961	Liqui-Jamp	Jamp	100	12,00	➔ 0,1200
			120	14,40	➔ 0,1200
80013329	MCal D400	Mantra Ph.	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80009412	MCal D400 à croquer	Mantra Ph.	60	7,20	➔ 0,1200
80020974	Opus Cal D-400	Opus	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80040634	Opus Cal D-400 Bleu Foncé	Opus	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80001248	Pharma-Cal D 400 UI	Phmscience	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80059293	Pharma-Cal D 400 UI Foncé	Phmscience	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80008566	Pro-Cal-D 400	Pro Doc	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200
80021369	Px-Calcium 500 mg + D 400 UI	Phoenix	60	7,20	➔ 0,1200
			500	60,00	➔ 0,1200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
80048609	<i>Px-Calcium 500 mg + D 400 UI</i>	Phoenix	60 500	7,20 60,00	➔ ➔ 0,1200
80019198	<i>ratio-Calcium Vit D</i>	Ratiopharm	60 500	7,20 60,00	➔ ➔ 0,1200
80065914	<i>Riva-Cal D400</i>	Riva	60 500	7,20 60,00	➔ ➔ 0,1200

Co. ou Co. Croq. ou Caps.

500 mg - 1 000 UI **PPB**

80025501	<i>Calcite 500 + D 1000</i>	Riva	30 500	3,60 60,00	➔ ➔ 0,1200
80066093	<i>Calcium 500 Vitamine D1000</i>	Altamed	30 500	3,60 60,00	➔ ➔ 0,1200
80018540	<i>Cal-Os D 1000</i>	Jamp	30 500	3,60 60,00	➔ ➔ 0,1200
80027625	<i>Carbocal D 1000</i>	Sandoz	30 500	3,60 60,00	➔ ➔ 0,1200
80027787	<i>Jamp-Calcium+Vitamine D 1000 UI (Co. Croq.)</i>	Jamp	60	7,20	➔ 0,1200
80025051	<i>LiquiCal-D</i>	Mayaka	100	12,00	➔ 0,1200
80028899	<i>Liqui-Jamp Fort</i>	Jamp	120	14,40	➔ 0,1200
80019536	<i>MCal D1000</i>	Mantra Ph.	60 500	7,20 60,00	➔ ➔ 0,1200
80050701	<i>MCal D1000 à croquer</i>	Mantra Ph.	60	7,20	➔ 0,1200
80039162	<i>Opus Cal D-1000</i>	Opus	30 500	3,60 60,00	➔ ➔ 0,1200
80055435	<i>Px-Calcium 500 mg + D 1000 UI</i>	Phoenix	60 500	7,20 60,00	➔ ➔ 0,1200
80072757	<i>Riva-Cal D1000</i>	Riva	30 500	3,60 60,00	➔ ➔ 0,1200

CALCIUM (CITRATE DE) VITAMINE D

Co.

250 mg - 200 U.I. **PPB**

80013612	<i>Ci-Cal D 200</i>	Sandoz	360	21,60	➔ 0,0600
80015811	<i>Jamp-Calcium Citrate et Vitamine D 200 UI</i>	Jamp	120 360	7,20 21,60	➔ ➔ 0,0600

Co.

250 mg - 500 UI

80025304	<i>Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 500 UI</i>	Jamp	60 360	3,60 21,60	0,0600 0,0600
----------	---	------	-----------	---------------	------------------

Co. Croq.

500 mg -400 UI **PPB**

80000281	<i>Ci-Cal D 400</i>	Sandoz	60	7,20	➔ 0,1200
80003262	<i>Jamp Calci-Os</i>	Jamp	60	7,20	➔ 0,1200

Co. Croq.

500 mg - 1 000 UI

80029083	<i>Jamp-Calcium Citrate + Vitamine D 1000 UI</i>	Jamp	60	7,20	0,1200
----------	--	------	----	------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ELECTROLYTES DE REMPLACEMENT/ DEXTROSE

Pd. Orale

4,9 g/sac. à 5,1 g/sac. **PPB**

01931563	<i>Gastrolyte</i>	SanofiAven	10	7,01	➔	0,7010
80027403	<i>Jamp Rehydralyte</i>	Jamp	10	7,01	➔	0,7010

MAGNÉSIUM (GLUCOHEPTONATE DE)

Sol. Orale

500 mg/5 mL (Mg-25 mg/5 mL) **PPB**

80009357	<i>Jamp-Magnesium</i>	Jamp	500 ml	9,95	➔	0,0199
			2000 ml	39,80	➔	0,0199
80004109	<i>Magnesium-Odan</i>	Odan	500 ml	9,95	➔	0,0199
			2000 ml	39,80	➔	0,0199
80072191	<i>M-Magnesium</i>	Mantra Ph.	500 ml	9,95	➔	0,0199
00026697	<i>Rougier Magnésium</i>	Teva Can	500 ml	9,95	➔	0,0199
			2000 ml	39,80	➔	0,0199
99100788	<i>Rougier Magnesium sans sucre</i>	Teva Can	500 ml	9,95	➔	0,0199
			2000 ml	39,80	➔	0,0199

MAGNÉSIUM (GLUCONATE DE)

Co.

500 mg (Mg - 28 mg à 30 mg) **PPB**

80089349	<i>Bio-Magnesium</i>	Biomed	100	10,88	➔	0,1088
80009539	<i>Jamp-Magnesium</i>	Jamp	100	10,88	➔	0,1088
00555126	<i>Maglucate</i>	Pendopharm	100	10,88	➔	0,1088
80062929	<i>M-Magnesium Gluconate 500 mg</i>	Mantra Ph.	100	10,88	➔	0,1088

POTASSIUM (CHLORURE DE)

Caps. LA ou Co. LA

8 mmol (en K+) **PPB**

80084446	<i>Alta-K8</i>	Altamed	500	21,60	➔	0,0432
			1000	43,20	➔	0,0432
00602884	<i>Apo-K</i>	Apotex	1000	74,86		0,0749
02246734	<i>Euro-K 600</i>	Sandoz	500	21,60	➔	0,0432
80013005	<i>Jamp-K 8</i>	Jamp	500	21,60	➔	0,0432
			1000	43,20	➔	0,0432
80062704	<i>Jamp-Potassium Chloride ER</i>	Jamp	100	4,32	➔	0,0432
02042304	<i>Micro-K</i>	Paladin	100	9,30		0,0930
			500	39,60		0,0792
80035346	<i>M-K8 L.A.</i>	Mantra Ph.	500	21,60	➔	0,0432
80044745	<i>Opus K-8</i>	Opus	1000	43,20	➔	0,0432
02244068	<i>Riva-K 8 SR</i>	Riva	100	4,32	➔	0,0432
			500	21,60	➔	0,0432

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.

20 mmol (en K+) **PPB**

80026265	<i>Bio-POTASSIUM K20</i>	Biomed	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995
02242261	<i>Euro-K 20</i>	Sandoz	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995
80013007	<i>Jamp-K 20</i>	Jamp	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995
80040412	<i>K-20 Potassium</i>	Altamed	500	99,75	➡	0,1995
80025624	<i>M-K20 L.A.</i>	Mantra Ph.	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995
80071412	<i>M-K20 Soluble</i>	Mantra Ph.	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995
80004415	<i>Odan K-20</i>	Odan	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995
80028233	<i>Opus K-20</i>	Opus	500	99,75	➡	0,1995
80040416	<i>Pharma-K20</i>	Phmscience	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995
80040926	<i>PX K-20</i>	Phoenix	500	99,75	➡	0,1995
02243975	<i>Riva-K 20 SR</i>	Riva	100	19,95	➡	0,1995
			500	99,75	➡	0,1995

Sol. Orale

6,65 mmol/5 mL (en K+)

02238604	<i>pms-Potassium Chloride</i>	Phmscience	500 ml	5,10		0,0102
----------	-------------------------------	------------	--------	------	--	--------

POTASSIUM (CITRATE DE)

Co. Eff.

25 mmol (en K+) **PPB**

80011428	<i>Euro-K 975</i>	Sandoz	30	14,28	➡	0,4760
80033602	<i>Jamp-K Effervescent</i>	Jamp	30	14,28	➡	0,4760
02085992	<i>K-Lyte</i>	WellSpring	30	14,28	➡	0,4760

Co. L.A.

10 mmol (en K+) **PPB**

80023817	<i>Jamp-K-Citrate</i>	Jamp	100	15,45	➡	0,1545
02243768	<i>K-Citra</i>	Seaford	100	15,45	➡	0,1545

Sol. Orale

10 mmol/5 mL (en K+)

80011529	<i>K-Citra 10 Solution</i>	Seaford	450 ml	19,97		0,0444
----------	----------------------------	---------	--------	-------	--	--------

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. Inj. I.V.

234 mg/mL **11**

99100498			30 ml			
----------	--	--	-------	--	--	--

Sol. pour Inh.

70 mg/mL (4 mL)

80029758	<i>Nebusal 7 %</i>	Sterimax	60	53,00		0,8833
----------	--------------------	----------	----	-------	--	--------

11 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

40:18.18

RÉSINES ÉCHANGEUSES DE POTASSIUM

POLYSTYRÈNE (SULFONATE CALCIQUE DE)

Pd. Orale

Pouvoir liant: 1,6 mmol de k/g

02017741	<i>Resonium Calcium</i>	SanofiAven	300 g	92,50	
----------	-------------------------	------------	-------	-------	--

POLYSTYRÈNE (SULFONATE SODIQUE DE) 

Pd. Orale

Pouvoir liant: 1 mmol de k/g **PPB**

+ 02497557	<i>Jamp Sodium Polystyrene Sulfonate</i>	Jamp	454 g	➔	29,42
* 02026961	<i>Kayexalate</i>	SanofiAven	454 g	➔	29,42
+ 02473941	<i>Odan-Sodium polystyrene sulfonate</i>	Odan	454 g	➔	29,42
* 00755338	<i>Solystat</i>	Pendopharm	454 g	➔	29,42

Susp. Orale

Pouvoir liant: 1 mmol de k/4mL **PPB**

02473968	<i>Odan-Sodium polystyrene sulfonate</i>	Odan	500 ml	➔	52,19	➔	0,1044
00769541	<i>Solystat</i>	Pendopharm	500 ml	➔	52,19	➔	0,1044

40:20

AGENTS CALORIFIQUES

LÉVOCARNITINE 

Co.

330 mg

02144328	<i>Carnitor</i>	Leadiant	90			UE
----------	-----------------	----------	----	--	--	-----------

Sol. Inj. I.V.

1 g/5 mL

02144344	<i>Carnitor</i>	Leadiant	5 ml			UE
----------	-----------------	----------	------	--	--	-----------

Sol. Orale

100 mg/mL **PPB**

02144336	<i>Carnitor</i>	Leadiant	118 ml			R	
02492105	<i>Odan Levocarnitine</i>	Odan	118 ml	➔	46,00	➔	0,3898

40:28.08

DIURÉTIQUES DE L'ANSE

ÉTHACRYNIQUE (ACIDE) 

Co.

25 mg

02258528	<i>Edecrin</i>	Valeant	100		30,96	0,3096
----------	----------------	---------	-----	--	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FUROSÉMIDE

Co.		20 mg PPB			
00396788	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	1000	20,90	➔ 0,0209
02247371	<i>Bio-Furosémide</i>	Biomed	500	10,45	➔ 0,0209
02351420	<i>Furosemide</i>	Sanis	1000	20,90	➔ 0,0209
00496723	<i>Furosémide-20</i>	Pro Doc	1000	20,90	➔ 0,0209
02466759	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	1000	20,90	➔ 0,0209
00337730	<i>Teva-Furosemide</i>	Novopharm	100	2,09	➔ 0,0209
			1000	20,90	➔ 0,0209

Co.		40 mg PPB			
00362166	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	1000	32,18	➔ 0,0322
02247372	<i>Bio-Furosémide</i>	Biomed	500	16,09	➔ 0,0322
02351439	<i>Furosemide</i>	Sanis	1000	32,18	➔ 0,0322
00397792	<i>Furosémide -40</i>	Pro Doc	1000	32,18	➔ 0,0322
02466767	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	1000	32,18	➔ 0,0322
02247494	<i>pms-Furosémide</i>	Phmscience	500	16,09	➔ 0,0322
00337749	<i>Teva-Furosemide</i>	Novopharm	100	3,22	➔ 0,0322
			1000	32,18	➔ 0,0322

Co.		80 mg PPB			
00707570	<i>Apo-Furosémide</i>	Apotex	100	6,54	➔ 0,0654
02351447	<i>Furosemide</i>	Sanis	100	6,54	➔ 0,0654
00667080	<i>Furosemide-80</i>	Pro Doc	100	6,54	➔ 0,0654
			500	61,00	➔ 0,1220
02466775	<i>Mint-Furosemide</i>	Mint	100	6,54	➔ 0,0654
00765953	<i>Teva-Furosemide</i>	Novopharm	100	6,54	➔ 0,0654

Co.		500 mg			
02224755	<i>Lasix Spécial</i>	SanofiAven	20	52,47	2,6235

Sol. Inj.		10 mg/mL PPB			
00527033	<i>Furosémide</i>	Sandoz	4 ml	➔ 3,46	
02384094	<i>Furosémide pour injection USP</i>	Teligent	2 ml	➔ 1,30	
02382539	<i>Furosémide SDZ</i>	Sandoz	2 ml	➔ 1,30	
			4 ml	➔ 3,46	

Sol. Orale		10 mg/mL			
02224720	<i>Lasix</i>	SanofiAven	120 ml	36,99	0,3083

40:28.16 DIURÉTIQUES ÉPARGNEURS DE POTASSIUM AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')

Co.		5 mg			
02249510	<i>Midamor</i>	AA Pharma	100	27,17	0,2717

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

40:28.20
DIURÉTIQUES THIAZIDIQUES
HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			12,5 mg PPB		
02327856	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	500	16,12	➔ 0,0322
02425947	<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	500	16,12	➔ 0,0322
02274086	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	500	16,12	➔ 0,0322

Co.			25 mg PPB		
00326844	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	100	1,57	➔ 0,0157
			1000	15,65	➔ 0,0157
02247170	<i>Bio-Hydrochlorothiazide</i>	Biomed	500	7,83	➔ 0,0157
			1000	15,65	➔ 0,0157
02486962	<i>Hydrochlorothiazide</i>	Pro Doc	1000	15,65	➔ 0,0157
02360594	<i>Hydrochlorothiazide</i>	Sanis	100	1,57	➔ 0,0157
02426196	<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	1000	15,65	➔ 0,0157
			500	7,83	➔ 0,0157
02247386	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	1000	15,65	➔ 0,0157
00021474	<i>Teva-Hydrochlorothiazide</i>	Teva Can	100	1,57	➔ 0,0157
			1000	15,65	➔ 0,0157

Co.			50 mg PPB		
00312800	<i>Apo-Hydro</i>	Apotex	100	2,17	➔ 0,0217
			1000	21,68	➔ 0,0217
02247171	<i>Bio-Hydrochlorothiazide</i>	Biomed	100	2,17	➔ 0,0217
02360608	<i>Hydrochlorothiazide</i>	Sanis	100	2,17	➔ 0,0217
			1000	21,68	➔ 0,0217
02426218	<i>Mint-Hydrochlorothiazide</i>	Mint	100	2,17	➔ 0,0217
00021482	<i>Novo-Hydrazide</i>	Novopharm	100	2,17	➔ 0,0217
02247387	<i>pms-Hydrochlorothiazide</i>	Phmscience	1000	21,68	➔ 0,0217
			100	2,17	➔ 0,0217

OLMÉSARTAN MÉDOXOMIL/HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.			20 mg -12,5 mg PPB		
02468948	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02443112	<i>Act Olmesartan HCT</i>	ActavisPhm	30	9,06	➔ 0,3019
02453606	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➔ 0,3019
02476487	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	Aurobindo	30	9,06	➔ 0,3019
			100	30,19	➔ 0,3019
02475707	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➔ 0,3019
02508273	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02319616	<i>Olmotec Plus</i>	Merck	30	30,49	1,0163

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			40 mg - 12,5 mg PPB		
02468956	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02443120	<i>Act Olmesartan HCT</i>	ActavisPhm	30	9,06	➔ 0,3019
02453614	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➔ 0,3019
02476495	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	Aurobindo	30	9,06	➔ 0,3019
			100	30,19	➔ 0,3019
02475715	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➔ 0,3019
02508281	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02319624	<i>Olmetec Plus</i>	Merck	30	30,49	1,0163

Co.			40 mg - 25 mg PPB		
02468964	<i>ACH-Olmesartan HCTZ</i>	Accord	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02443139	<i>Act Olmesartan HCT</i>	ActavisPhm	30	9,06	➔ 0,3019
02453622	<i>Apo-Olmesartan/HCTZ</i>	Apotex	90	27,17	➔ 0,3019
02476509	<i>Auro-Olmesartan HCTZ</i>	Aurobindo	30	9,06	➔ 0,3019
			100	30,19	➔ 0,3019
02475723	<i>GLN-Olmesartan HCTZ</i>	Glenmark	30	9,06	➔ 0,3019
02508303	<i>NRA-Olmesartan HCTZ</i>	Nora	30	9,06	➔ 0,3019
			90	27,17	➔ 0,3019
02319632	<i>Olmetec Plus</i>	Merck	30	30,49	1,0163

40:28.24
DIURÉTIQUES APPARENTÉS AUX THIAZIDIQUES
CHLORTHALIDONE 

Co.			50 mg		
00360279	<i>Chlorthalidone</i>	AA Pharma	100	12,42	0,1242

INDAPAMIDE 

Co.			1,25 mg PPB		
02245246	<i>Apo-Indapamide</i>	Apotex	100	7,45	➔ 0,0745
02373904	<i>Jamp-Indapamide</i>	Jamp	30	2,24	➔ 0,0745
			100	7,45	➔ 0,0745
02179709	<i>Lozide</i>	Servier	30	8,94	0,2979
02240067	<i>Mylan-Indapamide</i>	Mylan	100	7,45	➔ 0,0745

Co.			2,5 mg PPB		
02223678	<i>Apo-Indapamide</i>	Apotex	100	11,82	➔ 0,1182
02373912	<i>Jamp-Indapamide</i>	Jamp	30	3,55	➔ 0,1182
			100	11,82	➔ 0,1182
02153483	<i>Mylan-Indapamide</i>	Mylan	100	11,82	➔ 0,1182
02188910	<i>Tria-Indapamide</i>	Trianon	30	3,55	➔ 0,1182

METOLAZONE 

Co.			2,5 mg		
00888400	<i>Zaroxolyn</i>	SanofiAven	100	16,14	0,1614

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

40:28.92

AUTRES DIURÉTIQUES

AMILORIDE (CHLORHYDRATE D')/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.

5 mg -50 mg **PPB**

00784400	<i>Amilzide</i>	AA Pharma	1000	83,78	➔	0,0838
01937219	<i>Novamilor</i>	Novopharm	100	8,38	➔	0,0838
			1000	83,78	➔	0,0838

SPIRONOLACTONE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.

25 mg -25 mg **PPB**

* 00180408	<i>Aldactazide</i>	Pfizer	100	9,28		R
00613231	<i>Teva-Spironolactone/HCTZ</i>	Teva Can	100	8,58	➔	0,0858

Co.

50 mg -50 mg **PPB**

* 00594377	<i>Aldactazide 50</i>	Pfizer	100	24,19		R
00657182	<i>Novo-Spirozine-50</i>	Novopharm	100	22,36	➔	0,2236

TRIAMTÉRÈNE/ HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.

50 mg -25 mg **PPB**

00441775	<i>Apo-Triazide</i>	Apotex	100	6,08	➔	0,0608
			1000	60,80	➔	0,0608
00532657	<i>Novo-Triamzide</i>	Novopharm	100	6,08	➔	0,0608
			1000	60,80	➔	0,0608

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

48:10.24
ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS DES LEUCOTRIÈNES
MONTÉLUKAST SODIQUE 

Co.			10 mg PPB		
02482835	<i>AG-Montelukast</i>	Angita	30	12,69	➔ 0,4231
02374609	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	12,69	➔ 0,4231
			90	38,08	➔ 0,4231
02401274	<i>Auro-Montelukast</i>	Aurobindo	30	12,69	➔ 0,4231
			90	38,08	➔ 0,4231
02445735	<i>Bio-Montelukast</i>	Biomed	30	12,69	➔ 0,4231
02391422	<i>Jamp-Montelukast</i>	Jamp	30	12,69	➔ 0,4231
			100	42,31	➔ 0,4231
02399997	<i>Mar-Montelukast</i>	Marcan	30	12,69	➔ 0,4231
02408643	<i>Mint-Montelukast</i>	Mint	100	42,31	➔ 0,4231
02488183	<i>M-Montelukast</i>	Mantra Ph.	30	12,69	➔ 0,4231
02379856	<i>Montelukast</i>	Pro Doc	30	12,69	➔ 0,4231
			100	42,31	➔ 0,4231
02379333	<i>Montelukast</i>	Sanis	30	12,69	➔ 0,4231
02382474	<i>Montelukast</i>	Sivem	30	12,69	➔ 0,4231
			100	42,31	➔ 0,4231
02379236	<i>Montélukast sodique</i>	Accord	30	12,69	➔ 0,4231
			100	42,31	➔ 0,4231
02489821	<i>NRA-Montelukast</i>	Nora	30	12,69	➔ 0,4231
02373947	<i>pms-Montelukast FC</i>	Phmscience	30	12,69	➔ 0,4231
			100	42,31	➔ 0,4231
02440350	<i>Priva-Montelukast FC</i>	Pharmapar	30	12,69	➔ 0,4231
02389517	<i>Ran-Montelukast</i>	Ranbaxy	30	12,69	➔ 0,4231
			100	42,31	➔ 0,4231
02398826	<i>Riva-Montelukast FC</i>	Riva	30	12,69	➔ 0,4231
02328593	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	100	42,31	➔ 0,4231
02238217	<i>Singulair</i>	Merck	30	68,23	➔ 2,2743
02355523	<i>Teva Montelukast</i>	Teva Can	30	12,69	➔ 0,4231

Co. Croq.			4 mg PPB		
02410265	<i>AHI-Montelukast</i>	Accord	30	8,27	➔ 0,2758
02377608	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	8,27	➔ 0,2758
02422867	<i>Auro-Montelukast</i>	Aurobindo	30	8,27	➔ 0,2758
02442353	<i>Jamp-Montelukast</i>	Jamp	30	8,27	➔ 0,2758
02399865	<i>Mar-Montelukast</i>	Marcan	30	8,27	➔ 0,2758
02408627	<i>Mint-Montelukast</i>	Mint	30	8,27	➔ 0,2758
02379821	<i>Montelukast</i>	Pro Doc	30	8,27	➔ 0,2758
02382458	<i>Montelukast</i>	Sivem	30	8,27	➔ 0,2758
			100	27,58	➔ 0,2758
02354977	<i>pms-Montelukast</i>	Phmscience	30	8,27	➔ 0,2758
			100	27,58	➔ 0,2758
02402793	<i>Ran-Montelukast</i>	Ranbaxy	30	8,27	➔ 0,2758
02330385	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	100	27,58	➔ 0,2758
02243602	<i>Singulair</i>	Merck	30	42,00	➔ 1,4000
02355507	<i>Teva Montelukast</i>	Teva Can	30	8,27	➔ 0,2758

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. Croq.

5 mg PPB

02410273	<i>AHI-Montelukast</i>	Accord	30	9,25	0,3082
02377616	<i>Apo-Montelukast</i>	Apotex	30	9,25	0,3082
02422875	<i>Auro-Montelukast</i>	Aurobindo	30	9,25	0,3082
02442361	<i>Jamp-Montelukast</i>	Jamp	30	9,25	0,3082
02399873	<i>Mar-Montelukast</i>	Marcan	30	9,25	0,3082
02408635	<i>Mint-Montelukast</i>	Mint	30	9,25	0,3082
02379848	<i>Montelukast</i>	Pro Doc	30	9,25	0,3082
02382466	<i>Montelukast</i>	Sivem	30	9,25	0,3082
			100	30,82	0,3082
02354985	<i>pms-Montelukast</i>	Phmscience	30	9,25	0,3082
			100	30,82	0,3082
02402807	<i>Ran-Montelukast</i>	Ranbaxy	30	9,25	0,3082
02330393	<i>Sandoz Montelukast</i>	Sandoz	100	30,82	0,3082
02238216	<i>Singulair</i>	Merck	30	46,36	1,5453
02355515	<i>Teva Montelukast</i>	Teva Can	30	9,25	0,3082

Gran.

4 mg/sachet

02247997	<i>Singulair</i>	Merck	30	42,00	1,4000
----------	------------------	-------	----	-------	--------

ZAFIRLUKAST

Co.

20 mg

02236606	<i>Accolate</i>	AZC	60	44,95	0,7492
----------	-----------------	-----	----	-------	--------

48:10.32

STABILISANTS MASTOCYTAIRES

CROMOGLICATE SODIQUE

Sol. pour Inh.

1 % (2 mL)

02046113	<i>pms-Sodium cromoglycate</i>	Phmscience	50	24,23	0,4846
----------	--------------------------------	------------	----	-------	--------

48:24

AGENTS MUCOLYTIQUES

ACÉTYLCYSTÉINE

Sol.

200 mg/mL

02243098	<i>Acétylcystéine</i>	Sandoz	10 ml	7,00	
			30 ml	21,00	

52:00
MÉDICAMENTS O.R.L.O.

- 52:02** **antiallergiques O.R.L.O.**
- 52:04** **anti-infectieux O.R.L.O.**
 - 52:04.04 antibiotiques
 - 52:04.20 antiviraux
- 52:08** **anti-inflammatoires**
 - 52:08.08 corticostéroïdes O.R.L.O.
- 52:16** **anesthésiques locaux**
- 52:24** **mydriatiques**
- 52:40** **anti glaucome**
 - 52:40.04 agonistes alpha-adrénergiques
 - 52:40.08 bloquants bêta-adrénergiques
 - 52:40.12 inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
 - 52:40.20 myotiques
 - 52:40.28 analogues de prostaglandines
 - 52:40.92 divers agents anti glaucome
- 52:92** **autres médicaments O.R.L.O.**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

52:02

ANTIALLERGIQUES O.R.L.O.

CROMOGLICATE SODIQUE

Sol. Oph.

2 % **PPB**

02009277	<i>Cromolyn</i>	Pendopharm	5 ml	➡	4,75
			10 ml	➡	9,50
02230621	<i>Opticrom</i>	Allergan	10 ml		9,98

LODOXAMIDE (TROMÉTHAMINE DE)

Sol. Oph.

0,1 %

00893560	<i>Alomide</i>	Novartis	10 ml		10,73
----------	----------------	----------	-------	--	-------

52:04.04

ANTIBIOTIQUES

CIPROFLOXACINE (CHLORHYDRATE DE)

Pom. Oph.

0,3 %

02200864	<i>Ciloxan</i>	Novartis	3,5 g		10,15
----------	----------------	----------	-------	--	-------

Sol. Oph.

0,3 % **PPB**

02263130	<i>Apo-Ciproflo</i>	Apotex	5 ml	➡	7,05
01945270	<i>Ciloxan</i>	Novartis	5 ml		10,15
02387131	<i>Sandoz Ciprofloxac</i>	Sandoz	5 ml	➡	7,05

ÉRYTHROMYCINE

Pom. Oph.

0,5 %

02326663	<i>Erythromycin</i>	Sterigen	3,5 g		15,40
----------	---------------------	----------	-------	--	-------

FRAMYCÉTINE (SULFATE DE)

Sol. Oph.

0,5 %

02224887	<i>Soframycine</i>	Erfa	8 ml		8,00
----------	--------------------	------	------	--	------

FUSIDIQUE (ACIDE)

Sol. Oph.

1 %

02243862	<i>Fucithalmic</i>	Amdipharm	5 g		10,00
----------	--------------------	-----------	-----	--	-------

OFLOXACINE

Sol. Oph.

0,3 %

02143291	<i>Ocuflox</i>	Allergan	5 ml		12,23
----------	----------------	----------	------	--	-------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TOBRAMYCINE 

Pom. Oph.

				0,3 %	
00614254	Tobrex	Novartis	3,5 g	8,65	

Sol. Oph.

				0,3 %	PPB
02241755	Sandoz Tobramycin	Sandoz	5 ml	➡	6,81
00513962	Tobrex 0.3%	Novartis	5 ml		8,72

52:04.20

ANTIVIRAUX

TRIFLURIDINE 

Sol. Oph.

				1 %	
00687456	Viroptic	Valeant	7,5 ml		22,79

52:08.08

CORTICOSTÉROÏDES O.R.L.O.

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 

Aéro ou Vap Nasal

				0,05 mg/dose	PPB
02238796	Apo-Béclométhasone AQ	Apotex	200 dose(s)		12,26
02172712	Mylan-Beclo AQ	Mylan	200 dose(s)		12,26
02228300	Rivanase AQ	Riva	200 dose(s)	➡	9,80

BUDÉSONIDE 

Pd. pour Inh. Nas.

				100 mcg/dose	
02035324	Rhinocort Turbuhaler	AZC	200 dose(s)		23,56

Vap. nasal

				64 mcg/dose	PPB
02241003	Mylan-Budesonide AQ	Mylan	120 dose(s)	➡	10,12
02231923	Rhinocort Aqua	McNeil Co	120 dose(s)		10,59

Vap. nasal

				100 mcg/dose	
02230648	Mylan-Budesonide AQ	Mylan	165 dose(s)		12,74

DEXAMÉTHASONE 

Pom. Oph.

				0,1 %	
00042579	Maxidex	Novartis	3,5 g		8,74

Susp.Oph. ou Sol. Oph.

				0,1 %	PPB
02023865	Dexamethasone	Stulln	5 ml	➡	8,06
00042560	Maxidex	Novartis	5 ml	➡	8,06

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FLUOROMÉTHOLONE 

Susp. Oph.

0,1 % **PPB**

00247855	<i>FML</i>	Allergan	5 ml 10 ml	➡ ➡	15,29 30,58
00432814	<i>Sandoz Fluorometholone</i>	Sandoz	5 ml	➡	8,09

FLUOROMÉTHOLONE (ACÉTATE DE) 

Susp. Oph.

0,1 %

00756784	<i>Flarex</i>	Novartis	5 ml		9,10
----------	---------------	----------	------	--	------

FLUTICASONE (FUROATE DE) 

Vap. nasal

27,5 mcg/dose

02298589	<i>Avamys</i>	GSK	120 dose(s)		20,73
----------	---------------	-----	-------------	--	-------

FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 

Vap. nasal

50 mcg/dose **PPB**

02294745	<i>Apo-Fluticasone</i>	Apotex	120 dose(s)	➡	21,97
02213672	<i>Flonase</i>	GSK	120 dose(s)		23,71
02296071	<i>ratio-Fluticasone</i>	Ratiopharm	120 dose(s)	➡	21,97
02453738	<i>Teva-Fluticasone</i>	Teva Can	120 dose(s)	➡	21,97

MOMÉTASONE (FUROATE MONOHYDRATÉ DE) 

Vap. nasal

50 mcg/dose **PPB**

02403587	<i>Apo-Mometasone</i>	Apotex	140 dose(s)	➡	10,42
02238465	<i>Nasonex</i>	Merck	140 dose(s)	➡	10,42
02449811	<i>Sandoz Mometasone</i>	Sandoz	140 dose(s)	➡	10,42
02475863	<i>Teva-Mometasone</i>	Teva Can	140 dose(s)	➡	10,42

PREDNISOLONE (ACÉTATE DE) 

Susp. Oph.

0,12 %

00299405	<i>Pred Mild</i>	Allergan	10 ml		17,96
----------	------------------	----------	-------	--	-------

Susp. Oph.

1 % **PPB**

00700401	<i>ratio-Prednisolone</i>	Teva Can	5 ml 10 ml	➡ ➡	8,50 17,00
01916203	<i>Sandoz Prednisolone</i>	Sandoz	5 ml 10 ml	➡ ➡	8,50 17,00

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Vap Nasal

55 mcg/dose

02417510	<i>Nasacort Allergie 24H</i>	SanofiAven	120 dose(s)		15,60
----------	------------------------------	------------	-------------	--	-------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE)

Vap. nasal

55 mcg/dose **PPB**

02437635	<i>Apo-Triamcinolone AQ</i>	Apotex	120 dose(s)	➡	18,00
02213834	<i>Nasacort AQ</i>	SanofiAven	120 dose(s)	➡	18,00

52:16

ANESTHÉSIIQUES LOCAUX

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Gel Top. (Oral)

2 %

00811874	<i>pms-Lidocaïne Viscous</i>	Phmscience	50 ml		1,70	0,0340
			100 ml		3,40	0,0340

52:24

MYDRIATIQUES

ATROPINE (SULFATE D')

Sol. Oph.

1 % **PPB**

02023695	<i>Atropine</i>	Stulln	15 ml	➡	8,24
00035017	<i>Isopto Atropine</i>	Alcon	5 ml	➡	3,14

CYCLOPENTOLATE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph.

1 %

00252506	<i>Cyclogyl</i>	Alcon	15 ml		12,66
----------	-----------------	-------	-------	--	-------

PHÉNYLÉPHRINE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Oph.

2,5 %

00465763	<i>Mydrin 2.5%</i>	Alcon	5 ml		5,08
----------	--------------------	-------	------	--	------

TROPICAMIDE

Sol. Oph.

0,5 %

00000981	<i>Mydriacyl</i>	Alcon	15 ml		13,13
----------	------------------	-------	-------	--	-------

Sol. Oph.

1 %

00001007	<i>Mydriacyl</i>	Alcon	15 ml		16,90
----------	------------------	-------	-------	--	-------

52:40.04

AGONISTES ALPHA-ADRÉNERGIQUES

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)

Sol. Oph.

0,15 % **PPB**

02248151	<i>Alphagan P</i>	Allergan	5 ml		11,55
			10 ml		23,10
02301334	<i>Brimonidine P</i>	AA Pharma	5 ml	➡	8,66
			10 ml	➡	17,33

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Oph.				0,2 % PPB	
02236876	<i>Alphagan</i>	Allergan	5 ml	16,50	
			10 ml	33,00	
02246284	<i>pms-Brimonidine</i>	Phmscience	5 ml	5,78	➡
			10 ml	11,55	➡
02305429	<i>Sandoz Brimonidine</i>	Sandoz	5 ml	5,78	➡
			10 ml	11,55	➡

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.				0,2 % - 0,5 %	
02248347	<i>Combigan</i>	Allergan	10 ml	40,12	

BRINZOLAMIDE/BRIMONIDINE (TARTRATE DE) 

Susp. Oph.				1 % - 0,2 %	
02435411	<i>Simbrinza</i>	Novartis	10 ml	44,39	

52:40.08

BLOQUANTS BÊTA-ADRÉNERGIQUES

BETAXOLOL (CHLORHYDRATE DE) 

Susp. Oph.				0,25 %	
01908448	<i>Betoptic S</i>	Novartis	5 ml	11,50	
			10 ml	23,00	

BRIMONIDINE (TARTRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.				0,2 % - 0,5 %	
02248347	<i>Combigan</i>	Allergan	10 ml	40,12	

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.				2 % -0,5 % PPB	
02299615	<i>Apo-Dorzo-Timop</i>	Apotex	10 ml	19,89	➡
02489635	<i>Collyre de dorzolamide et timolol</i>	Teligent	10 ml	19,89	
02240113	<i>Cosopt</i>	Elvium	10 ml	54,84	
02457539	<i>Jamp Dorzolamide-Timolol</i>	Jamp	10 ml	19,89	➡
02437686	<i>Med-Dorzolamide-Timolol</i>	GMP	10 ml	19,89	➡
02443090	<i>Mint-Dorzolamide/Timolol</i>	Mint	10 ml	19,89	➡
02442426	<i>pms-Dorzolamide-Timolol</i>	Phmscience	10 ml	19,89	➡
02441659	<i>Riva-Dorzolamide/Timolol</i>	Riva	10 ml	19,89	➡
02344351	<i>Sandoz Dorzolamide/Timolol</i>	Sandoz	10 ml	19,89	➡

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.		0,005 % - 0,5 %		PPB
02436256	ACT Latanoprost/Timolol	ActavisPhm	2,5 ml	➡ 11,07
02414155	Apo-Latanoprost-Timop	Apotex	2,5 ml	➡ 11,07
02453770	Jamp-Latanoprost/Timolol	Jamp	2,5 ml	➡ 11,07
02454505	Med-Latanoprost-Timolol	GMP	2,5 ml	➡ 11,07
02489368	Solution ophtalmique de latanoprost et de timolol	Teligent	2,5 ml	➡ 11,07
02246619	Xalacom	Upjohn	2,5 ml	30,99

TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.		0,25 %		
02166712	Sandoz Timolol	Sandoz	10 ml	9,68

Sol. Oph.		0,5 %		PPB
00755834	Apo-Timop	Apotex	10 ml	➡ 12,14
02447800	Jamp-Timolol	Jamp	5 ml	➡ 6,07
02083345	pms-Timolol	Phmscience	5 ml	➡ 6,07
			10 ml	➡ 12,14
02166720	Sandoz Timolol	Sandoz	5 ml	➡ 6,07
			10 ml	➡ 12,14
00451207	Timoptic	Elvium	10 ml	33,39

Sol. Oph. Gel		0,25 %		
02242275	Timolol Maleate-EX	Sandoz	5 ml	12,23

Sol. Oph. Gel		0,5 %		PPB
02242276	Timolol Maleate-EX	Sandoz	5 ml	➡ 13,45
02171899	Timoptic-XE	Elvium	5 ml	21,54

TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.		0,004 % - 0,5 %		PPB
02415305	Apo-Travoprost-Timop	Apotex	5 ml	➡ 44,21
02278251	DuoTrav PQ	Novartis	5 ml	56,70
02413817	Sandoz Travoprost/Timolol PQ	Sandoz	2,5 ml	➡ 24,90
			5 ml	➡ 44,21

52:40.12
INHIBITEURS DE L'ANHYDRASE CARBONIQUE
ACÉTAZOLAMIDE 

Co.		250 mg			
00545015	Acétazolamide 250 mg	AA Pharma	100	12,62	0,1262

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

BRINZOLAMIDE 

Susp. Oph.

1 %

02238873	<i>Azopt</i>	Novartis	5 ml	16,42	
----------	--------------	----------	------	-------	--

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE) 

Sol. Oph.

2 % PPB

02453347	<i>Jamp-Dorzolamide</i>	Jamp	5 ml	➡	6,56
02316307	<i>Sandoz Dorzolamide</i>	Sandoz	5 ml	➡	6,56
02216205	<i>Trusopt</i>	Elvium	5 ml		17,94

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Sol. Oph.

2 % -0,5 % PPB

02299615	<i>Apo-Dorzo-Timop</i>	Apotex	10 ml	➡	19,89
02489635	<i>Collyre de dorzolamide et timolol</i>	Teligent	10 ml		19,89
02240113	<i>Cosopt</i>	Elvium	10 ml		54,84
02457539	<i>Jamp Dorzolamide-Timolol</i>	Jamp	10 ml	➡	19,89
02437686	<i>Med-Dorzolamide-Timolol</i>	GMP	10 ml	➡	19,89
02443090	<i>Mint-Dorzolamide/Timolol</i>	Mint	10 ml	➡	19,89
02442426	<i>pms-Dorzolamide-Timolol</i>	Phmscience	10 ml	➡	19,89
02441659	<i>Riva-Dorzolamide/Timolol</i>	Riva	10 ml	➡	19,89
02344351	<i>Sandoz Dorzolamide/Timolol</i>	Sandoz	10 ml	➡	19,89

MÉTHAZOLAMIDE 

Co.

50 mg

02245882	<i>Méthazolamide</i>	AA Pharma	100	49,13	0,4913
----------	----------------------	-----------	-----	-------	--------

52:40.20

MYOTIQUES

PILOCARPINE (CHLORHYDRATE DE) 

Sol. Oph.

2 %

00000868	<i>Isopto Carpine</i>	Novartis	15 ml	3,70	
----------	-----------------------	----------	-------	------	--

Sol. Oph.

4 %

00000884	<i>Isopto Carpine</i>	Novartis	15 ml	4,19	
----------	-----------------------	----------	-------	------	--

52:40.28

ANALOGUES DE PROSTAGLANDINES

BIMATOPROST 

Sol. Oph.

0,01 %

02324997	<i>Lumigan RC</i>	Allergan	5 ml 7,5 ml	54,05 81,08	
----------	-------------------	----------	----------------	----------------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LATANOPROST

Sol. Oph.

0,005 % **PPB**

02296527	<i>Apo-Latanoprost</i>	Apotex	2,5 ml	➡	9,08
02453355	<i>Jamp-Latanoprost</i>	Jamp	2,5 ml	➡	9,08
02375508	<i>Latanoprost</i>	Phmscience	2,5 ml	➡	9,08
02426935	<i>Med-Latanoprost</i>	GMP	2,5 ml	➡	9,08
02341085	<i>Riva-Latanoprost</i>	Riva	2,5 ml	➡	9,08
02367335	<i>Sandoz Latanoprost</i>	Sandoz	2,5 ml	➡	9,08
02489570	<i>Solution ophtalmique de latanoprost</i>	Teligent	2,5 ml	➡	9,08
02254786	<i>Teva-Latanoprost</i>	Teva Can	2,5 ml	➡	9,08
02231493	<i>Xalatan</i>	Upjohn	2,5 ml		27,38

LATANOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE)

Sol. Oph.

0,005 % - 0,5 % **PPB**

02436256	<i>ACT Latanoprost/Timolol</i>	ActavisPhm	2,5 ml	➡	11,07
02414155	<i>Apo-Latanoprost-Timop</i>	Apotex	2,5 ml	➡	11,07
02453770	<i>Jamp-Latanoprost/Timolol</i>	Jamp	2,5 ml	➡	11,07
02454505	<i>Med-Latanoprost-Timolol</i>	GMP	2,5 ml	➡	11,07
02489368	<i>Solution ophtalmique de latanoprost et de timolol</i>	Teligent	2,5 ml	➡	11,07
02246619	<i>Xalacom</i>	Upjohn	2,5 ml		30,99

TRAVOPROST

Sol. Oph.

0,003 %

02457997	<i>Izba</i>	Novartis	5 ml		19,70
----------	-------------	----------	------	--	-------

Sol. Oph.

0,004 % **PPB**

02415739	<i>Apo-Travoprost Z</i>	Apotex	5 ml	➡	19,70
02413167	<i>Sandoz Travoprost</i>	Sandoz	5 ml	➡	19,70
02412063	<i>Teva-Travoprost Z</i>	Teva Can	2,5 ml	➡	9,85
			5 ml	➡	19,70
02318008	<i>Travatan Z</i>	Novartis	5 ml		55,40

TRAVOPROST/ TIMOLOL (MALÉATE DE)

Sol. Oph.

0,004 % - 0,5 % **PPB**

02415305	<i>Apo-Travoprost-Timop</i>	Apotex	5 ml	➡	44,21
02278251	<i>DuoTrav PQ</i>	Novartis	5 ml		56,70
02413817	<i>Sandoz Travoprost/Timolol PQ</i>	Sandoz	2,5 ml	➡	24,90
			5 ml	➡	44,21

52:40.92

DIVERS AGENTS ANTI GLAUCOME

DORZOLAMIDE (CHLORHYDRATE DE)/ TIMOLOL (MALÉATE DE)

Sol. Oph.

2 % - 0,5 % (0,2 mL)

02258692	<i>Cosopt sans préservateur</i>	Elvium	60		28,41	0,4735
----------	---------------------------------	--------	----	--	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

52:92

AUTRES MÉDICAMENTS O.R.L.O.

ANÉTHOLE TRITHIONE

Co.

02240344	<i>Sialor</i>	Phmscience	60	25 mg 54,00	0,9000
----------	---------------	------------	----	----------------	--------

APRACLONIDINE (CHLORHYDRATE D') 

Sol. Oph.

02076306	<i>Iopidine</i>	Novartis	5 ml	0,5 % 22,26	
----------	-----------------	----------	------	----------------	--

BRINZOLAMIDE/TIMOLOL (MALÉATE DE) 

Susp. Oph.

02331624	<i>Azarga</i>	Novartis	5 ml	1 % -0,5 % 20,40	
----------	---------------	----------	------	---------------------	--

56:00
MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX

- 56:08** antidiarrhéiques
- 56:14** cholélitholytiques
- 56:16** digestifs
- 56:22** anti-émétiques
 - 56:22.08 antihistaminiques
 - 56:22.92 autres anti-émétiques
- 56:28** antiulcéreux et supprimeurs de l'acide
 - 56:28.12 antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine
 - 56:28.28 prostaglandines
 - 56:28.32 cytoprotecteurs gastro-duodénaux
 - 56:28.36 inhibiteurs de la pompe à protons
- 56:32** prokinétiques
- 56:36** anti-inflammatoires gastro-intestinaux
- 56:92** divers médicaments gastro-intestinaux

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

56:08

ANTIDIARRHÉIQUES

DIPHÉNOXYLATE (CHLORHYDRATE DE/ ATROPINE (SULFATE D')) 

Co.			2,5 mg -0,025 mg		
00036323	<i>Lomotil</i>	Pfizer	250	110,33	0,4413

LOPÉRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co.			2 mg PPB		
02212005	<i>Apo-Lopéramide</i>	Apotex	100	9,52	➔ 0,0952
02256452	<i>Jamp-Loperamide</i>	Jamp	120	11,42	➔ 0,0952
02225182	<i>Loperamide-2</i>	Pro Doc	500	47,58	➔ 0,0952
02228351	<i>pms-Lopéramide</i>	Phmscience	100	9,52	➔ 0,0952
			500	47,58	➔ 0,0952
02238211	<i>Riva-Loperamide</i>	Riva	100	9,52	➔ 0,0952
			500	47,58	➔ 0,0952
02132591	<i>Teva-Loperamide</i>	Teva Can	100	9,52	➔ 0,0952
			500	47,58	➔ 0,0952

56:14

CHOLÉLITHOLYTIQUES

URSODIOL 

Co.			250 mg PPB		
02426900	<i>Comprimés d'ursodiol</i>	Glenmark	100	38,18	➔ 0,3818
			500	190,90	➔ 0,3818
02472392	<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	100	38,18	➔ 0,3818
			500	190,90	➔ 0,3818
02273497	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	100	38,18	➔ 0,3818
			500	190,90	➔ 0,3818
02238984	<i>Urso</i>	Aptalis	100	131,42	1,3142

Co.			500 mg PPB		
02426919	<i>Comprimés d'ursodiol</i>	Glenmark	100	72,42	➔ 0,7242
02472406	<i>Jamp-Ursodiol</i>	Jamp	100	72,42	➔ 0,7242
02273500	<i>pms-Ursodiol C</i>	Phmscience	100	72,42	➔ 0,7242
02245894	<i>Urso DS</i>	Aptalis	100	249,27	2,4927

56:16

DIGESTIFS

LACTASE

Co.			3 000 U		
02239139	<i>Jamp-Enzyme Lactase Régulier</i>	Jamp	100	9,75	0,0975

Co.			9000 U		
80070358	<i>Jamp-Lactase Enzyme</i>	Jamp	50	12,19	0,2438

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.				3 000 U	
02017512	Lactomax	Sterimax	100	9,75	0,0975
Co. ou Co. Croq.				4 500 U PPB	
80084265	Alta-Lactase Extra Fort	Altamed	80	9,75	➔ 0,1219
02239140	Jamp-Enzyme Lactase Extra-puissant	Jamp	80	9,75	➔ 0,1219
80018706	Jamp-Lactase Enzyme	Jamp	80	9,75	➔ 0,1219
02224909	Lactomax Extra Fort	Sterimax	80	9,75	➔ 0,1219
PANCRÉLIPASE (LIPASE-AMYLASE-PROTÉASE) 					
Caps.				8 000 U -30 000 U -30 000 U	
00263818	Cotazym	Merck	100	18,66	0,1866
Caps. Ent.				4 200 U -17 500 U -10 000 U	
00789445	Pancrease MT 4	Vivus	100	37,96	0,3796
Caps. Ent.				4 500 U - 20 000 U - 25 000 U	
02203324	Ultrase	Aptalis	100	21,73	0,2173
Caps. Ent.				6 000 U - 30 000 U - 19 000 U	
02415194	Creon 6 Minimicrosphères	BGP Pharma	100	17,03	0,1703
Caps. Ent.				8 000 U -30 000 U -30 000 U	
00502790	Cotazym ECS 8	Merck	500	168,40	0,3368
Caps. Ent.				10 000 U - 11 200 U - 730 U	
02200104	Creon 10	BGP Pharma	100	27,23	0,2723
Caps. Ent.				10 500 U -43 750 U -25 000 U	
00789437	Pancrease MT 10	Vivus	100	94,93	0,9493
Caps. Ent.				12 000 U -39 000 U -39 000 U	
02045834	Ultrase MT 12	Aptalis	100	42,51	0,4251
Caps. Ent.				16 800 U -70 000 U -40 000 U	
00789429	Pancrease MT 16	Vivus	100	151,88	1,5188
Caps. Ent.				20 000 U -55 000 U -55 000 U	
00821373	Cotazym ECS 20	Merck	100	88,30	0,8830

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. Ent. 20 000 U -65 000 U -65 000 U					
02045869	<i>Ultrase MT 20</i>	Aptalis	100	73,66	0,7366
Caps. Ent. 25 000 U - 25 500 U - 1600 U					
01985205	<i>Creon 25</i>	BGP Pharma	100	85,07	0,8507
Co. 10 440 U -56 400 U -57 100 U					
02230019	<i>Viokace (10 440 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	100	17,03	0,1703
Co. 20 880 U -113 400 U -112 500 U					
02241933	<i>Viokace (20 880 USP unités de lipase)</i>	Nestlé H.S	100	34,06	0,3406
Gran. Ent. 5 000 U -5 100 U -320 U/100 mg					
02445158	<i>Creon Minimicrosphères MICRO</i>	BGP Pharma	1	34,06	

56:22.08

ANTI-HISTAMINIQUES

DIMENHYDRINATE

Sol. Inj. I.M.

			50 mg/mL		
00392537	<i>Dimenhydrinate</i>	Sandoz	1 ml 5 ml	1,08 4,30	

PROCHLORPÉRAZINE

Supp.

			10 mg		
00789720	<i>Sandoz Prochlorpérazine</i>	Sandoz	10	19,10	1,9100

PROCHLORPÉRAZINE (MALÉATE DE)

Co.

			5 mg		
00886440	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	16,59	0,1659

Co.

			10 mg		
00886432	<i>Prochlorazine</i>	AA Pharma	100	20,25	0,2025

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

56:22.92

AUTRES ANTI-ÉMÉTIQUES

DOXYLAMINE (SUCCINATE DE)/ PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co. L.A.

10 mg -10 mg **PPB**

02413248	<i>Apo-Doxylamine/B6</i>	Apotex	100	64,02	➔	0,6402
			500	320,10	➔	0,6402
00609129	<i>Diclectin</i>	Duchesnay	100	127,20		1,2720
			300	381,61		1,2720
02406187	<i>pms-Doxylamine-Pyridoxine</i>	Phmscience	100	64,02	➔	0,6402
			500	320,10	➔	0,6402

NABILONE 

Caps.

0,5 mg **PPB**

02393581	<i>ACT Nabilone</i>	ActavisPhm	50	38,78	➔	0,7756
			100	77,56	➔	0,7756
02256193	<i>Cesamet</i>	Valeant	50	155,13		3,1026
02380900	<i>pms-Nabilone</i>	Phmscience	100	77,56	➔	0,7756
02384884	<i>Teva Nabilone</i>	Teva Can	50	38,78	➔	0,7756

Caps.

1 mg **PPB**

02393603	<i>ACT Nabilone</i>	ActavisPhm	50	77,57	➔	1,5513
			100	155,13	➔	1,5513
00548375	<i>Cesamet</i>	Valeant	50	310,25		6,2050
02380919	<i>pms-Nabilone</i>	Phmscience	100	155,13	➔	1,5513
02384892	<i>Teva Nabilone</i>	Teva Can	50	77,57	➔	1,5513

56:28.12

ANTAGONISTES DES RÉCEPTEURS H2 DE L'HISTAMINE

FAMOTIDINE

Co.

20 mg **PPB**

01953842	<i>Apo-Famotidine</i>	Apotex	100	26,57	➔	0,2657
02022133	<i>Novo-Famotidine</i>	Novopharm	100	26,57	➔	0,2657
			500	132,85	➔	0,2657

FAMOTIDINE 

Co.

40 mg **PPB**

01953834	<i>Apo-Famotidine</i>	Apotex	100	48,33	➔	0,4833
02022141	<i>Teva-Famotidine</i>	Novopharm	100	48,33	➔	0,4833

NIZATIDINE 

Caps.

150 mg

00778338	<i>Axid</i>	Pendopharm	100	83,92		0,8392
----------	-------------	------------	-----	-------	--	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RANITIDINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

150 mg **PPB**

02248570	<i>ACT Ranitidine</i>	ActavisPhm	60	7,18 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
02484501	<i>AG-Ranitidine</i>	Angita	100	11,97 ➔	0,1197
00733059	<i>Apo-Ranitidine</i>	Apotex	500	59,85 ➔	0,1197
02463717	<i>Jamp-Ranitidine</i>	Jamp	100	11,97 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
02443708	<i>Mar-Ranitidine</i>	Marcan	500	59,85 ➔	0,1197
02473534	<i>M-Ranitidine</i>	Mantra Ph.	500	59,85 ➔	0,1197
02242453	<i>pms-Ranitidine</i>	Phmscience	100	11,97 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
02353016	<i>Ranitidine</i>	Sanis	100	11,97 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
02385953	<i>Ranitidine</i>	Sivem	60	7,18 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
00740748	<i>Ranitidine-150</i>	Pro Doc	60	7,18 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
02336480	<i>Ran-Ranitidine</i>	Ranbaxy	100	11,97 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
00828823	<i>ratio-Ranitidine</i>	Ratiopharm	60	7,18 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197
02247814	<i>Riva-Ranitidine</i>	Riva	60	7,18 ➔	0,1197
			250	29,93 ➔	0,1197
02243229	<i>Sandoz Ranitidine</i>	Sandoz	100	11,97 ➔	0,1197
			500	59,85 ➔	0,1197

Co.

300 mg **PPB**

02248571	<i>ACT Ranitidine</i>	ActavisPhm	30	6,76 ➔	0,2253
			100	22,53 ➔	0,2253
00733067	<i>Apo-Ranitidine</i>	Apotex	100	22,53 ➔	0,2253
02463725	<i>Jamp-Ranitidine</i>	Jamp	100	22,53 ➔	0,2253
02443716	<i>Mar-Ranitidine</i>	Marcan	100	22,53 ➔	0,2253
02473542	<i>M-Ranitidine</i>	Mantra Ph.	100	22,53 ➔	0,2253
02242454	<i>pms-Ranitidine</i>	Phmscience	30	6,76 ➔	0,2253
			100	22,53 ➔	0,2253
02353024	<i>Ranitidine</i>	Sanis	100	22,53 ➔	0,2253
02385961	<i>Ranitidine</i>	Sivem	30	6,76 ➔	0,2253
			100	22,53 ➔	0,2253
00740756	<i>Ranitidine-300</i>	Pro Doc	100	22,53 ➔	0,2253
02336502	<i>Ran-Ranitidine</i>	Ranbaxy	100	22,53 ➔	0,2253
			500	112,65 ➔	0,2253
00828688	<i>ratio-Ranitidine</i>	Ratiopharm	30	6,76 ➔	0,2253
02247815	<i>Riva-Ranitidine</i>	Riva	30	6,76 ➔	0,2253
			100	22,53 ➔	0,2253
02243230	<i>Sandoz Ranitidine</i>	Sandoz	100	22,53 ➔	0,2253

Sol. Orale

150 mg/10 mL

02280833	<i>Apo-Ranitidine</i>	Apotex	300 ml	44,40	0,1480
----------	-----------------------	--------	--------	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

56:28.28

PROSTAGLANDINES

DICLOFÉNAC SODIQUE/MISOPROSTOL 

Co.				50 mg - 200 mcg	PPB	
01917056	<i>Arthrotec</i>	Pfizer	250	149,75		0,5990
02413469	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	78,73	➔	0,3149

Co.				75 mg - 200 mcg	PPB	
02229837	<i>Arthrotec 75</i>	Pfizer	250	203,81		0,8152
02413477	<i>pms-Diclofenac-Misoprostol</i>	Phmscience	250	107,15	➔	0,4286

MISOPROSTOL 

Co.				100 mcg		
02244022	<i>Misoprostol</i>	AA Pharma	100	26,36		0,2636

Co.				200 mcg		
02244023	<i>Misoprostol</i>	AA Pharma	100	43,89		0,4389

56:28.32

CYTOPROTECTEURS GASTRO-DUODÉNAUX

SUCRALFATE 

Co.				1 g	PPB	
02045702	<i>Novo-Sucralate</i>	Novopharm	100	13,09	➔	0,1309
			500	65,44	➔	0,1309
02100622	<i>Sulcrate</i>	Aptalis	100	54,41		0,5441

Susp. Orale				1 g/5 mL		
02103567	<i>Sulcrate Plus</i>	Aptalis	500 ml	49,42		0,0988

56:28.36

INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS

DEXLANSOPRAZOLE 

Caps. L.A.				30 mg		
02354950	<i>Dexilant</i>	Takeda	90	32,65		0,3628

Caps. L.A.				60 mg		
02354969	<i>Dexilant</i>	Takeda	90	32,65		0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ESOMÉPRAZOLE (MAGNÉSIUM TRIHYDRATÉ) 

Co. L.A.

20 mg **PPB**

02339099	<i>Apo-Esomeprazole</i>	Apotex	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628
02394839	<i>Esomeprazole</i>	Pro Doc	30	16,50		0,3628
02442493	<i>Esomeprazole</i>	Sivem	30	16,50		0,3628
02383039	<i>Mylan-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00		0,3628
02479419	<i>MYL-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00		0,3628
02244521	<i>Nexium</i>	AZC	30	56,07		0,3628
02423979	<i>Ran-Esomeprazole</i>	Ranbaxy	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628
02460920	<i>Sandoz Esomeprazole</i>	Sandoz	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628
02423855	<i>TEVA Esomeprazole</i>	Teva Can	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628

Co. LA ou Caps. LA

40 mg **PPB**

02339102	<i>Apo-Esomeprazole</i>	Apotex	30	16,50		0,3628
			500	275,00		0,3628
02394847	<i>Esomeprazole</i>	Pro Doc	30	16,50		0,3628
			500	275,00		0,3628
02431173	<i>Esomeprazole</i>	Sanis	100	55,00		0,3628
02442507	<i>Esomeprazole</i>	Sivem	30	16,50		0,3628
			500	275,00		0,3628
02383047	<i>Mylan-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00		0,3628
02479427	<i>MYL-Esomeprazole</i>	Mylan	100	55,00		0,3628
02244522	<i>Nexium</i>	AZC	30	56,07		0,3628
			100	186,90		0,3628
02379171	<i>pms-Esomeprazole DR (Caps. L.A.)</i>	Phmscience	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628
02423987	<i>Ran-Esomeprazole</i>	Ranbaxy	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628
02460939	<i>Sandoz Esomeprazole</i>	Sandoz	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628
02423863	<i>TEVA Esomeprazole</i>	Teva Can	30	16,50		0,3628
			100	55,00		0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LANSOPRAZOLE 

Co. LA ou Caps. LA

15 mg **PPB**

02293811	<i>Apo-Lansoprazole</i>	Apotex	100	36,28	➔	0,3628
02433001	<i>Lansoprazole</i>	Phmscience	100	36,28	➔	0,3628
02357682	<i>Lansoprazole</i>	Sanis	100	36,28	➔	0,3628
02385767	<i>Lansoprazole</i>	Sivem	100	36,28	➔	0,3628
02489805	<i>M-Lansoprazole</i>	Mantra Ph.	100	36,28	➔	0,3628
02353830	<i>Mylan-Lansoprazole</i>	Mylan	100	36,28	➔	0,3628
02395258	<i>pms-Lansoprazole</i>	Phmscience	100	36,28	➔	0,3628
02165503	<i>Prevacid</i>	BGP Pharma	30	60,00	⚡	0,3628
			100	200,00	⚡	0,3628
02249464	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	30	60,00	⚡	0,3628
02402610	<i>Ran-Lansoprazole</i>	Ranbaxy	100	36,28	➔	0,3628
02422808	<i>Riva-Lansoprazole</i>	Riva	100	36,28	➔	0,3628
02385643	<i>Sandoz Lansoprazole</i>	Sandoz	100	36,28	➔	0,3628
02280515	<i>Teva-Lansoprazole</i>	Teva Can	30	10,88	➔	0,3628
			100	36,28	➔	0,3628

Co. LA ou Caps. LA

30 mg **PPB**

02293838	<i>Apo-Lansoprazole</i>	Apotex	100	36,27	➔	0,3627
			500	181,40	➔	0,3628
02433028	<i>Lansoprazole</i>	Phmscience	100	36,27	➔	0,3627
02366282	<i>Lansoprazole</i>	Pro Doc	100	36,27	➔	0,3627
			500	181,40	➔	0,3628
02357690	<i>Lansoprazole</i>	Sanis	100	36,27	➔	0,3627
			500	181,40	➔	0,3628
02410389	<i>Lansoprazole</i>	Sivem	100	36,28	➔	0,3628
			500	181,40	➔	0,3628
02489813	<i>M-Lansoprazole</i>	Mantra Ph.	100	36,27	➔	0,3627
02353849	<i>Mylan-Lansoprazole</i>	Mylan	100	36,28	➔	0,3628
02395266	<i>pms-Lansoprazole</i>	Phmscience	100	36,27	➔	0,3627
02165511	<i>Prevacid</i>	BGP Pharma	30	60,00	⚡	0,3628
			100	200,00	⚡	0,3628
02249472	<i>Prevacid FasTab</i>	BGP Pharma	30	60,00	⚡	0,3628
02402629	<i>Ran-Lansoprazole</i>	Ranbaxy	100	36,27	➔	0,3627
02422816	<i>Riva-Lansoprazole</i>	Riva	100	36,27	➔	0,3627
02385651	<i>Sandoz Lansoprazole</i>	Sandoz	100	36,27	➔	0,3627
02280523	<i>Teva-Lansoprazole</i>	Teva Can	30	10,88	➔	0,3627
			500	181,40	➔	0,3628

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OMÉPRAZOLE (BASE OU MAGNÉSIEEN) 

Co. LA ou Caps. LA

20 mg **PPB**

02245058	<i>Apo-Oméprazole (caps.)</i>	Apotex	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02422220	<i>Auro-Omeprazole (caps.)</i>	Aurobindo	28	6,40	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02449927	<i>Bio-Omeprazole</i>	Biomed	100	22,87	➔	0,2287
02420198	<i>Jamp-Omeprazole DR (co.)</i>	Jamp	28	6,40	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
00846503	<i>Losec (caps.)</i>	Cheplaphar	30	33,00	⚡	0,3628
02190915	<i>Losec (co.)</i>	Cheplaphar	30	68,61	⚡	0,3628
			100	228,70	⚡	0,3628
02439549	<i>NAT-Omeprazole DR</i>	Natco	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02295415	<i>Novo-Omeprazole</i>	Teva Can	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02501880	<i>NRA-Omeprazole</i>	Nora	100	22,87	➔	0,2287
02490692	<i>Omeprazole</i>	Altamed	100	22,87	➔	0,2287
02348691	<i>Omeprazole</i>	Sanis	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02339927	<i>Omeprazole (caps.)</i>	Pro Doc	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02416549	<i>Omeprazole Magnesium (co.)</i>	Accord	100	22,87	➔	0,2287
02411857	<i>Omeprazole-20</i>	Sivem	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02320851	<i>pms-Omeprazole (caps.)</i>	Phmscience	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02374870	<i>Ran-Omeprazole</i>	Ranbaxy	100	22,87	➔	0,2287
02403617	<i>Ran-Omeprazole (caps.)</i>	Ranbaxy	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02260867	<i>ratio-Oméprazole (co.)</i>	Ratiopharm	100	22,87	➔	0,2287
02402416	<i>Riva-Omeprazole DR (co.)</i>	Riva	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02296446	<i>Sandoz Omeprazole (Caps.)</i>	Sandoz	100	22,87	➔	0,2287
			500	114,35	➔	0,2287
02432404	<i>VAN-Omeprazole</i>	Vanc Phm	100	22,87	➔	0,2287

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANTOPRAZOLE (MAGNÉSIEU OU SODIQUE) 

Co. Ent.

40 mg **PPB**

02300486	<i>ACT Pantoprazole</i>	ActavisPhm	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02481588	<i>AG-Pantoprazole Sodium</i>	Angita	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02292920	<i>Apo-Pantoprazole</i>	Apotex	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02415208	<i>Auro-Pantoprazole</i>	Aurobindo	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02445867	<i>Bio-Pantoprazole</i>	Biomed	500	100,80	➔	0,2016
+ 02392623	<i>Jamp Pantoprazole Sodium</i>	Jamp	500	100,80	➔	0,2016
02357054	<i>Jamp-Pantoprazole</i>	Jamp	30	6,05	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02416565	<i>Mar-Pantoprazole</i>	Marcan	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02417448	<i>Mint-Pantoprazole</i>	Mint	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02467372	<i>M-Pantoprazole</i>	Mantra Ph.	30	6,05	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02471825	<i>NRA-Pantoprazole</i>	Nora	500	100,80	➔	0,2016
02229453	<i>Pantoloc</i>	Takeda	100	204,16	⚡	0,3628
02469138	<i>Pantoprazole</i>	Altamed	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02498723	<i>Pantoprazole</i>	Nora	500	100,80	➔	0,2016
02437945	<i>Pantoprazole</i>	Phmscience	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02318695	<i>Pantoprazole</i>	Pro Doc	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02431327	<i>Pantoprazole</i>	Riva	30	6,05	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02370808	<i>Pantoprazole</i>	Sanis	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02428180	<i>Pantoprazole-40</i>	Sivem	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02307871	<i>pms-Pantoprazole</i>	Phmscience	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02425378	<i>Priva-Pantoprazole</i>	Pharmapar	500	100,80	➔	0,2016
02305046	<i>Ran-Pantoprazole</i>	Ranbaxy	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02316463	<i>Riva-Pantoprazole</i>	Riva	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02301083	<i>Sandoz Pantoprazole</i>	Sandoz	30	6,05	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02267233	<i>Tecta</i>	Takeda	30	22,50	⚡	0,3628
02285487	<i>Teva-Pantoprazole</i>	Teva Can	100	20,16	➔	0,2016
			500	100,80	➔	0,2016
02428164	<i>VAN-Pantoprazole</i>	Vanc Phm	100	20,16	➔	0,2016

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RABÉPRAZOLE SODIQUE

Co. Ent.

10 mg **PPB**

02345579	<i>Apo-Rabeprazole</i>	Apotex	100	6,69	➔	0,0669
02243796	<i>Pariet</i>	Janss. Inc	100	65,00	⚡	0,3628
02310805	<i>pms-Rabeprazole EC</i>	Phmscience	100	6,69	➔	0,0669
02315181	<i>Pro-Rabeprazole</i>	Pro Doc	100	6,69	➔	0,0669
02385449	<i>Rabeprazole</i>	Sivem	100	6,69	➔	0,0669
02356511	<i>Rabeprazole EC</i>	Sanis	100	6,69	➔	0,0669
02298074	<i>Ran-Rabeprazole</i>	Ranbaxy	100	6,69	➔	0,0669
02314177	<i>Sandoz Rabeprazole</i>	Sandoz	100	6,69	➔	0,0669
02296632	<i>Teva-Rabeprazole Sodium</i>	Teva Can	100	6,69	➔	0,0669

Co. Ent.

20 mg **PPB**

02345587	<i>Apo-Rabeprazole</i>	Apotex	100	13,38	➔	0,1338
02243797	<i>Pariet</i>	Janss. Inc	100	130,00	⚡	0,3628
02310813	<i>pms-Rabeprazole EC</i>	Phmscience	100	13,38	➔	0,1338
02315203	<i>Pro-Rabeprazole</i>	Pro Doc	100	13,38	➔	0,1338
02385457	<i>Rabeprazole</i>	Sivem	30	4,01	➔	0,1338
			100	13,38	➔	0,1338
02356538	<i>Rabeprazole EC</i>	Sanis	100	13,38	➔	0,1338
02298082	<i>Ran-Rabeprazole</i>	Ranbaxy	100	13,38	➔	0,1338
02330091	<i>Riva-Rabeprazole EC</i>	Riva	100	13,38	➔	0,1338
			500	66,90	➔	0,1338
02314185	<i>Sandoz Rabeprazole</i>	Sandoz	30	4,01	➔	0,1338
			100	13,38	➔	0,1338
02296640	<i>Teva-Rabeprazole EC</i>	Teva Can	30	4,01	➔	0,1338
			100	13,38	➔	0,1338

56:32

PROCINÉTIQUES

DOMPÉRIDONE (MALÉATE DE)

Co.

10 mg **PPB**

02103613	<i>Apo-Domperidone</i>	Apotex	500	21,40	➔	0,0428
02445034	<i>Bio-Dompéridone</i>	Biomed	500	21,40	➔	0,0428
02350440	<i>Domperidone</i>	Sanis	500	21,40	➔	0,0428
02238341	<i>Domperidone</i>	Sivem	500	21,40	➔	0,0428
02236857	<i>Domperidone-10</i>	Pro Doc	500	21,40	➔	0,0428
02369206	<i>Jamp-Domperidone</i>	Jamp	500	21,40	➔	0,0428
02403870	<i>Mar-Domperidone</i>	Marcan	500	21,40	➔	0,0428
02157195	<i>Novo-Domperidone</i>	Novopharm	500	21,40	➔	0,0428
02236466	<i>pms-Domperidone</i>	Phmscience	500	21,40	➔	0,0428
02445328	<i>Priva-Domperidone</i>	Pharmapar	500	21,40	➔	0,0428
02462834	<i>PRZ-Domperidone</i>	Pharmaris	500	21,40	➔	0,0428
02268078	<i>Ran-Dompéridone</i>	Ranbaxy	500	21,40	➔	0,0428
01912070	<i>Teva-Domperidone</i>	Ratiopharm	500	21,40	➔	0,0428

MÉTOCLOPRAMIDE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

5 mg

02230431	<i>Metonia</i>	Pendopharm	100	6,22		0,0622
----------	----------------	------------	-----	------	--	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.			5 mg/mL (2 mL) PPB		
02185431	<i>Chlorhydrate de métopropramide injection</i>	Sandoz	2 ml	6,79	
02243563	<i>Métoclopramide Oméga</i>	Oméga	2 ml	6,79	

Sol. Orale			1 mg/mL		
02230433	<i>Metonia</i>	Pendopharm	500 ml	30,35	0,0607

56:36
ANTI-INFLAMMATOIRES GASTRO-INTESTINAUX
5-AMINOSALICYLIQUE (ACIDE) [B]

Co. Ent.			1 g		
02399466	<i>Pentasa</i>	Ferring	60	66,83	1,1138

Co. Ent.			400 mg		
01997580	<i>Asacol</i>	Warner	180	95,22	0,5290
02171929	<i>Teva-5-ASA</i>	Teva Can	100	31,11	0,3111
			500	155,55	0,3111

Co. Ent.			500 mg		
02099683	<i>Pentasa</i>	Ferring	100	55,69	0,5569
02112787	<i>Salofalk</i>	Aptalis	150	81,96	0,5464
			500	273,23	0,5465

Co. Ent.			800 mg		
02267217	<i>Asacol 800</i>	Warner	180	185,04	1,0280

Co. L.A.			1,2 g		
02297558	<i>Mezavant</i>	Shire	120	186,77	1,5564

Supp.			1 g PPB		
02474018	<i>Mezera</i>	Avir	30	43,20	1,4400
02153564	<i>Pentasa</i>	Ferring	28	44,80	1,6000
02242146	<i>Salofalk</i>	Aptalis	30	48,00	1,6000

Supp.			500 mg		
02112760	<i>Salofalk</i>	Aptalis	30	34,19	1,1397

Susp. Rect.			2 g		
02112795	<i>Salofalk (58,2 mL)</i>	Aptalis	7	25,76	3,6800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Rect.				4 g	PPB
02153556	<i>Pentasa (100 mL)</i>	Ferring	1	➔ 4,46	
02112809	<i>Salofalk (58,2 mL)</i>	Aptalis	7	43,68	6,2400

OLSALAZINE SODIQUE 

Caps.				250 mg	
02063808	<i>Dipentum</i>	Search Phm	100	49,93	0,4993

56:92

DIVERS MÉDICAMENTS GASTRO-INTESTINAUX

LANSOPRAZOLE/ AMOXICILLINE/ CLARITHROMYCINE 

Trousse (orale solide)			30 mg-2 x 500 mg-500 mg	PPB	
02470780	<i>Apo-Lansoprazole- Amoxicillin-Clarithromycin</i>	Apotex	7	67,91	➔ 9,7014
02238525	<i>Hp-PAC</i>	BGP Pharma	7	67,91	➔ 9,7014

64:00
ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

64:00
ANTIDOTES DES MÉTAUX LOURDS
DÉFÉROXAMINE (MÉSULATE DE) 

Pd. Inj.			2 g		
02247022	<i>Mésylate de desferrioxamine pour injection</i>	Pfizer	1	20,31	

Pd. Inj.			500 mg PPB		
01981242	<i>Desferal</i>	Novartis	1	13,97	
02241600	<i>Mésylate de desferrioxamine pour injection</i>	Pfizer	1	4,68	

PÉNICILLAMINE 

Caps.			250 mg		
00016055	<i>Cuprimine</i>	Valeant	100	85,00	0,8500

68:00

HORMONES ET SUBSTITUTS

- 68:04** **corticostéroïdes**
- 68:08** **androgènes**
- 68:12** **anovulants**
- 68:16** **estrogènes et antiestrogènes**
 - 68:16.04 estrogènes
 - 68:16.12 agonistes et antagonistes des estrogènes
- 68:18** **gonadotrophines**
- 68:20** **antidiabétiques**
 - 68:20.02 inhibiteurs des alpha-glucosidases
 - 68:20.04 biguanides
 - 68:20.08 insulines
 - 68:20.16 analogues du meglitinide
 - 68:20.20 sulfonylurées
- 68:22** **anti-hypoglycémiant**
 - 68:22.12 glycogénolytiques
- 68:24** **parathyroïdiens**
- 68:28** **hormones hypophysaires**
- 68:32** **progestatifs**
- 68:36** **thyroïdiens et antithyroïdiens**
 - 68:36.04 thyroïdiens
 - 68:36.08 antithyroïdiens

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:04

CORTICOSTÉROÏDES

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 

			50 mcg/dose		
Aéro. oral					
02242029	Qvar	Valeant	200 dose(s)	29,28	

			100 mcg/dose		
Aéro. oral					
02242030	Qvar	Valeant	200 dose(s)	58,56	

BUDÉSONIDE 

			100 mcg/dose		
Pd. pour Inh.					
00852074	Pulmicort Turbuhaler	AZC	200 dose(s)	30,90	

			200 mcg/dose		
Pd. pour Inh.					
00851752	Pulmicort Turbuhaler	AZC	200 dose(s)	63,16	

			400 mcg/dose		
Pd. pour Inh.					
00851760	Pulmicort Turbuhaler	AZC	200 dose(s)	93,00	

			0,125 mg/mL (2 mL) PPB		
Sol. pour Inh.					
02229099	Pulmicort nebuamp	AZC	20	8,57	0,4285
02465949	Teva-Budesonide	Teva Can	20	6,86	0,3430

			0,25 mg/mL (2 mL)		
Sol. pour Inh.					
01978918	Pulmicort nebuamp	AZC	20	17,14	0,8570

			0,5 mg/mL (2mL) PPB		
Sol. pour Inh.					
01978926	Pulmicort nebuamp	AZC	20	34,28	1,7140
02465957	Teva-Budesonide	Teva Can	20	27,36	1,3678

CICLÉSONIDE 

			100 mcg/dose		
Aéro. oral					
02285606	Alvesco	Covis	120 dose(s)	44,15	

			200 mcg/dose		
Aéro. oral					
02285614	Alvesco	Covis	120 dose(s)	72,81	

CORTISONE (ACÉTATE DE) 

			25 mg		
Co.					
00280437	Cortisone Acétate-ICN	Valeant	100	30,66	0,3066

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DEXAMÉTHASONE

Co.		0,5 mg PPB			
02261081	<i>Apo-Dexaméthasone</i>	Apotex	100	15,64	➡ 0,1564
01964976	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100	15,64	➡ 0,1564

Co.		2 mg			
02279363	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100	42,36	0,4236

Co.		4 mg PPB			
02250055	<i>Apo-Dexaméthasone</i>	Apotex	100	30,46	➡ 0,3046
00489158	<i>Dexasone</i>	Valeant	100	30,46	➡ 0,3046
01964070	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100	30,46	➡ 0,3046

Elix.		0,5 mg/5 mL			
01946897	<i>pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	100 ml	49,37	0,4937

DEXAMÉTHASONE (PHOSPHATE SODIQUE DE)

Sol. Inj.		4 mg/mL PPB			
00664227	<i>Dexamethasone</i>	Sandoz	5 ml	➡ 8,03	
01977547	<i>Dexamethasone</i>	Sterimax	5 ml	➡ 8,03	
02204266	<i>Dexamethasone Omega</i>	Oméga	5 ml	➡ 8,03	

Sol. Inj.		10 mg/mL PPB			
00874582	<i>Dexamethasone</i>	Sandoz	1 ml	➡ 4,23	
02204274	<i>Dexamethasone Omega</i>	Oméga	1 ml	➡ 4,23	
			10 ml	➡ 12,83	
02387743	<i>Dexamethasone Omega</i>	Oméga	1 ml	➡ 4,23	
00783900	<i>Unidose pms-Dexaméthasone</i>	Phmscience	10 ml	➡ 12,83	

FLUDROCORTISONE (ACÉTATE DE)

Co.		0,1 mg			
02086026	<i>Florinef</i>	Paladin	100	23,96	0,2396

FLUTICASONE (FUROATE DE)

Pd. pour Inh.		100 mcg			
02446561	<i>Arnuity Ellipta</i>	GSK	30 dose(s)	34,70	

Pd. pour Inh.		200 mcg			
02446588	<i>Arnuity Ellipta</i>	GSK	30 dose(s)	69,40	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FLUTICASONE (PROPIONATE DE)

Aéro. oral				50 mcg/dose	
02244291	Flovent HFA	GSK	120 dose(s)	22,61	

Aéro. oral				125 mcg/dose	
02244292	Flovent HFA	GSK	120 dose(s)	38,05	

Aéro. oral				250 mcg/dose	PPB
02244293	Flovent HFA	GSK	120 dose(s)	76,11	
02503131	pms-Fluticasone HFA	Phmscience	120 dose(s)	67,53	

Pd. pour Inh.				55 mcg/dose	
02467895	Aermony Respiclick	Teva Can	60 dose(s)	16,96	

Pd. pour Inh.				100 mcg/coque	
02237245	Flovent Diskus	GSK	60 dose(s)	22,61	

Pd. pour Inh.				113 mcg/dose	
02467909	Aermony Respiclick	Teva Can	60 dose(s)	30,96	

Pd. pour Inh.				232 mcg/dose	
02467917	Aermony Respiclick	Teva Can	60 dose(s)	48,15	

Pd. pour Inh.				250 mcg/coque	
02237246	Flovent Diskus	GSK	60 dose(s)	38,05	

Pd. pour Inh.				500 mcg/coque	
02237247	Flovent Diskus	GSK	60 dose(s)	64,20	

HEXACÉTONIDE DE TRIAMCINOLONE

Susp. Inj.				20 mg/mL (1 mL)	
02470632	Triamcinolone Hexacetonide Injectable Suspension	Medexus	10	180,00	18,0000

HYDROCORTISONE

Co.				10 mg	
00030910	Cortef	Pfizer	100	21,85	0,2185

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				20 mg	
00030929	<i>Cortef</i>	Pfizer	100	39,44	0,3944

HYDROCORTISONE (SUCCINATE SODIQUE D')

Pd. Inj.				1 g	
* 00030635	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	1	14,02	

Pd. Inj.				100 mg	
* 00030600	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	1	4,45	

Pd. Inj.				250 mg	
* 00030619	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	1	7,53	

Pd. Inj.				500 mg	
* 00030627	<i>Solu-Cortef</i>	Pfizer	1	8,36	

MÉTHYLPREDNISOLONE

Co.				4 mg	
00030988	<i>Medrol</i>	Pfizer	100	32,93	0,3293

Co.				16 mg	
00036129	<i>Medrol</i>	Pfizer	100	95,03	0,9503

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)

Susp. Inj.				20 mg/mL	
01934325	<i>Depo-Medrol</i>	Pfizer	5 ml	10,76	

Susp. Inj.				40 mg/mL	
01934333	<i>Depo-Medrol</i>	Pfizer	2 ml	9,11	
00030759	<i>Depo-Medrol (sans préservatif)</i>	Pfizer	5 ml	16,45	
			1 ml	6,36	

Susp. Inj.				80 mg/mL	
00030767	<i>Depo-Medrol</i>	Pfizer	1 ml	9,11	

MÉTHYLPREDNISOLONE (ACÉTATE DE)/ LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Susp. Inj.				40 mg -10 mg/mL	
00260428	<i>Depo-Medrol & Lidocaïne</i>	Pfizer	2 ml	9,15	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MÉTHYLPREDNISOLONE (SUCCINATE SODIQUE DE) 

			1 g PPB		
Pd. Inj.					
02241229	<i>Méthylprednisolone</i>	Novopharm	1	➔	31,00
02367971	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1		66,57

			40 mg PPB		
Pd. Inj.					
02231893	<i>Méthylprednisolone</i>	Novopharm	1	➔	3,60
02367947	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1		7,30

			125 mg PPB		
Pd. Inj.					
02231894	<i>Méthylprednisolone</i>	Novopharm	1	➔	8,50
02367955	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1		17,33

			500 mg PPB		
Pd. Inj.					
02231895	<i>Méthylprednisolone</i>	Novopharm	1	➔	18,60
02367963	<i>Solu-Medrol</i>	Pfizer	1		43,42

MOMÉTASONE (FUROATE DE) 

			200 mcg/dose		
Pd. pour Inh.					
02243595	<i>Asmanex Twisthaler</i>	Merck	60 dose(s)		32,00

			400 mcg/dose		
Pd. pour Inh.					
02243596	<i>Asmanex Twisthaler</i>	Merck	30 dose(s)		32,00
			60 dose(s)		64,00

PREDNISOLONE (PHOSPHATE SODIQUE DE) 

			5 mg/5 mL PPB		
Sol. Orale					
02230619	<i>Pédiapred</i>	SanofiAven	120 ml		12,70
02245532	<i>pms-Prednisolone</i>	Phmscience	120 ml	➔	10,80
					0,1058
					0,0900

PREDNISONE 

			1 mg		
Co.					
00271373	<i>Winpred</i>	AA Pharma	100		10,66
					0,1066

			5 mg PPB		
Co.					
00312770	<i>Apo-Prednisone</i>	Apotex	100		2,20
			1000	➔	21,95
					0,0220
00021695	<i>Teva-Prednisone</i>	Teva Can	100	➔	2,20
			1000	➔	21,95
					0,0220

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				50 mg PPB	
00550957	<i>Apo-Prednisone</i>	Apotex	100	17,35 ➡	0,1735
00232378	<i>Teva-Prednisone</i>	Teva Can	100	17,35 ➡	0,1735

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 

Susp. Inj.				10 mg/mL	
01999761	<i>Kenalog-10</i>	B.M.S.	5 ml	15,71	

Susp. Inj.				40 mg/mL PPB	
01999869	<i>Kenalog-40</i>	B.M.S.	1 ml	7,29	
			5 ml	25,52	
01977563	<i>Triamcinolone</i>	Sterimax	1 ml	4,77 ➡	
			5 ml	23,85 ➡	

68:08

ANDROGÈNES

DANAZOL 

Caps.				50 mg	
02018144	<i>Cyclomen</i>	SanofiAven	100	78,72	0,7872

Caps.				100 mg	
02018152	<i>Cyclomen</i>	SanofiAven	100	116,79	1,1679

Caps.				200 mg	
02018160	<i>Cyclomen</i>	SanofiAven	100	186,61	1,8661

TESTOSTÉRONE 

Gel Nasal				4,5 %	
02450550	<i>Natesto</i>	Acerus	2	90,00	45,0000

Gel Top.				1% (2,5 g) PPB	
02245345	<i>AndroGel</i>	BGP Pharma	30	65,13	2,1710
02463792	<i>Taro-Testosterone Gel</i>	Taro	30	50,18 ➡	1,6727

Gel Top.				1 % (5,0 g) PPB	
02245346	<i>AndroGel</i>	BGP Pharma	30	115,17	3,8390
02463806	<i>Taro-Testosterone Gel</i>	Taro	30	88,73 ➡	2,9577
02280248	<i>Testim 1%</i>	Paladin	30	88,73 ➡	2,9577

Timbre cut.				2,5 mg/24 h	
02239653	<i>Androderm</i>	Actavis	60	118,43	1,9738

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Timbre cut.			5 mg/24 h		
02245972	Androderm	Actavis	30	118,43	3,9477

TESTOSTÉRONE (CYPIONATE DE) ◆

Sol. Inj. Huil.		100 mg/mL PPB			
00030783	Depo-Testostérone	Pfizer	10 ml	24,45	
02496003	Taro-Testosterone Cypionate	Taro	10 ml	20,78	➔

TESTOSTÉRONE (ÉNANTHATE DE) ◆

Sol. Inj. Huil.		200 mg/mL			
00029246	Delatestryl	Valeant	5 ml	24,42	

TESTOSTÉRONE (UNDÉCANOATE DE) ◆

Caps.		40 mg PPB			
02322498	pms-Testosterone	Phmscience	100	47,00	➔ 0,4700
			120	56,40	➔ 0,4700
02421186	Taro-Testosterone	Taro	60	28,20	➔ 0,4700
			120	56,40	➔ 0,4700

68:12

ANOVLANTS

ÉTHINYLESTRADIOL/ DÉSOGESTREL ☐

Co.		0,025 mg/0,1 mg-0,025 mg/0,125 mg-0,025 mg/0,15 mg			
02272903	Linessa 21	Aspen	1	12,40	
02257238	Linessa 28	Aspen	1	12,40	

Co.		0,030 mg -0,15 mg PPB			
02317192	Apri 21	Teva Can	1	7,77	➔
02317206	Apri 28	Teva Can	1	7,77	➔
02396491	Freya 21	Mylan	1	7,77	➔
02396610	Freya 28	Mylan	1	7,77	➔
02042487	Marvelon 21	Merck	1	12,95	
02042479	Marvelon 28	Merck	1	12,95	
02410249	Mirvala 21	Apotex	1	7,77	➔
02410257	Mirvala 28	Apotex	1	7,77	➔

ÉTHINYLESTRADIOL/ DROSPIRENONE ☐

Co.		0,02 mg -3 mg PPB			
02415380	Mya	Apotex	1	10,06	➔
02321157	Yaz	Bayer	1	11,84	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			0,03 mg - 3 mg PPB		
02261723	<i>Yasmin 21</i>	Bayer	1	11,84	
02261731	<i>Yasmin 28</i>	Bayer	1	11,84	
02410788	<i>Zamine 21</i>	Apotex	1	9,01	
02410796	<i>Zamine 28</i>	Apotex	1	9,01	

ÉTHINYLESTRADIOL/ ÉTONOGESTREL 

Anneau vag.			2,6 mg -11,4 mg		
02253186	<i>Nuvaring</i>	Merck	1	14,72	
			3	44,16	

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL 

Co.			0,020 mg -0,10 mg PPB		
02236974	<i>Alesse 21</i>	Pfizer	1	12,70	
02236975	<i>Alesse 28</i>	Pfizer	1	12,70	
02387875	<i>Alysen 21</i>	Apotex	1	7,62	
			3	22,86	7,6200
02387883	<i>Alysen 28</i>	Apotex	1	7,62	
			3	22,86	7,6200
02298538	<i>Aviane 21</i>	Teva Can	1	7,62	
02298546	<i>Aviane 28</i>	Teva Can	1	7,62	

Co. 0,03 mg -0,05 mg -0,04 mg -0,075 mg -0,03 mg -0,125 mg

00707600	<i>Triquilar 21</i>	Bayer	1	14,52	
00707503	<i>Triquilar 28</i>	Bayer	1	14,52	

Co. 0,03 mg -0,15 mg **PPB**

02042320	<i>Min-Ovral 21</i>	Pfizer	1	12,13	
02042339	<i>Min-Ovral 28</i>	Pfizer	1	12,13	
02387085	<i>Ovima 21</i>	Apotex	1	7,28	
02387093	<i>Ovima 28</i>	Apotex	1	7,28	
02295946	<i>Portia 21</i>	Teva Can	1	7,28	
02295954	<i>Portia 28</i>	Teva Can	1	7,28	

Co. (91) 0,03 mg -0,15 mg **PPB**

02398869	<i>Indayo</i>	Mylan	1	45,96	
02296659	<i>Seasonale</i>	Teva Can	1	54,06	

ÉTHINYLESTRADIOL/ LÉVONORGESTREL - ÉTHINYLESTRADIOL 

Co. 0,03 mg - 0,15 mg (84 co.)/0,01 mg (7 co.)

02346176	<i>Seasonique</i>	Teva Can	1	52,66	
----------	-------------------	----------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORELGESTROMINE 

Timbre cut. (3)

0,60 mg - 6 mg

02248297	Evra	Janss. Inc	1	14,95	
----------	------	------------	---	-------	--

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE 

Co.

0,035 mg -0,5 mg

02187086	Brévicon 0.5/35 (21)	Pfizer	1	10,92	
02187094	Brévicon 0.5/35 (28)	Pfizer	1	10,92	

Co.

0,035 mg -0,5 mg -0,035 mg -1 mg -0,035 mg -0,5 mg

02187108	Synphasic 21	Pfizer	1	10,35	
02187116	Synphasic 28	Pfizer	1	10,35	

Co.

0,035 mg -1 mg

02189054	Brévicon 1/35 (21)	Pfizer	1	10,92	
02189062	Brévicon 1/35 (28)	Pfizer	1	10,92	
02197502	Select 1/35 (21)	Pfizer	1	7,37	
02199297	Select 1/35 (28)	Pfizer	1	7,37	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) 

Co.

0,02 mg -1 mg

00315966	Minestrin 1/20 (21)	Warner	1	12,73	
00343838	Minestrin 1/20 (28)	Warner	1	12,73	

Co.

0,03 mg -1,5 mg

00297143	Loestrin 1.5/30 (21)	Warner	1	12,73	
00353027	Loestrin 1.5/30 (28)	Warner	1	12,73	

ÉTHINYLESTRADIOL/ NORGESTIMATE 

Co.

0,035 mg -0,180 mg -0,035 mg -0,215 mg -0,035 mg -0,25 mg **PPB**

+ 02508087	Tri-Cira (21)	Apotex	1	12,69	
+ 02508095	Tri-Cira (28)	Apotex	1	12,69	
* 02486296	Tri-Jordyna 21	Glenmark	3	38,07	12,6896
* 02486318	Tri-Jordyna 28	Glenmark	3	38,07	12,6896

LÉVONORGESTREL

Co.

0,75 mg **PPB**

02364905	Next Choice	ActavisPhm	2	8,77	4,3850
02371189	Option 2	Teva Can	2	8,77	4,3850

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1,5 mg PPB	
02433532	<i>Backup Plan Onestep</i>	Apotex	1	➡ 8,60	
02425009	<i>Contingency One</i>	Mylan	1	➡ 8,60	
02293854	<i>Plan B</i>	Paladin	1	➡ 8,60	

LÉVONORGESTREL

Sys. Intra-Utér.				19,5 mg	
02459523	<i>Kyleena</i>	Bayer	1	326,06	

Sys. Intra-Utér.				52 mg	
02243005	<i>Mirena</i>	Bayer	1	326,06	

NORÉTHINDRONE

Co. (28)				0,35 mg PPB	
02441306	<i>Jencycla</i>	Lupin	1	➡ 10,99	
02410303	<i>Movisse</i>	Mylan	1	➡ 10,99	

ULIPRISTAL (ACÉTATE D')

Co.				5 mg	
* 02408163	<i>Fibristal</i>	Actavis	30	343,80	R

Co.				30 mg	
02436329	<i>Ella</i>	Allergan	1	25,94	

68:16.04

ESTROGÈNES

ESTRADIOL-17B

Anneau vag.				2 mg	
02168898	<i>Estring</i>	Paladin	1	62,77	

Co.				0,5 mg PPB	
02225190	<i>Estrace</i>	Acerus	100	13,44	
02449048	<i>Lupin-Estradiol</i>	Lupin	100	10,74	➡ 0,1074

Co.				1 mg PPB	
02148587	<i>Estrace</i>	Acerus	100	25,97	
02449056	<i>Lupin-Estradiol</i>	Lupin	100	20,78	➡ 0,2078

Co.				2 mg PPB	
02148595	<i>Estrace</i>	Acerus	100	45,86	
02449064	<i>Lupin-Estradiol</i>	Lupin	100	36,66	➡ 0,3666

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Vag. (App.)				10 mcg	
02325462	Vagifem 10	N.Nordisk	18	42,07	

ESTROGÈNES CONJUGUÉS BIOLOGIQUES

Cr. Vag.				0,625 mg/g	
02043440	Premarin	Pfizer	30 g	18,84	

ESTRONE

Cr. Vag.				1 mg/g	
00727369	Estragyn crème vaginale	Search Phm	45 g	15,55	

68:16.12

AGONISTES ET ANTAGONISTES DES ESTROGÈNES

RALOXIFÈNE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				60 mg PPB	
02358840	ACT Raloxifene	ActavisPhm	30	13,75	➔ 0,4583
			100	45,83	➔ 0,4583
02279215	Apo-Raloxifene	Apotex	100	45,83	➔ 0,4583
02239028	Evista	Lilly	28	46,15	➔ 1,6482
02358921	pms-Raloxifene	Phmscience	30	13,75	➔ 0,4583
			100	45,83	➔ 0,4583
02312298	Teva-Raloxifène	Novopharm	100	45,83	➔ 0,4583

68:18

GONADOTROPHINES

DEGARELIX (ACÉTATE DE)

Sol. Inj. S.C.				80 mg	
02337029	Firmagon	Ferring	1	255,00	

Sol. Inj. S.C.				120 mg	
02337037	Firmagon	Ferring	2	690,00	

NAFARELIN (ACETATE DE)

Vap. nasal				2 mg/mL	
02188783	Synarel	Pfizer	8 ml	283,56	

68:20.02

INHIBITEURS DES ALPHA-GLUCOSIDASES

ACARBOSE

Co.				50 mg PPB	
02493780	Acarbose	Strides	100	13,48	➔ 0,1348
02190885	Glucobay	Bayer	120	29,76	➔ 0,2480
02494078	Mar-Acarbose	Marcan	120	16,18	➔ 0,1348

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			100 mg PPB		
02493799	<i>Acarbose</i>	Strides	100	18,66	➔ 0,1866
02190893	<i>Glucobay</i>	Bayer	120	41,15	0,3429
02494086	<i>Mar-Acarbose</i>	Marcan	120	22,39	➔ 0,1866

68:20.04

BIGUANIDES

METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			500 mg PPB		
02257726	<i>ACT Metformin</i>	ActavisPhm	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02494418	<i>AG-Metformin</i>	Angita	500	12,35	➔ 0,0247
02167786	<i>Apo-Metformin</i>	Apotex	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02438275	<i>Auro-Metformin</i>	Aurobindo	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02099233	<i>Glucophage</i>	SanofiAven	100	23,68	0,2368
			500	106,53	0,2131
02380196	<i>Jamp-Metformin</i>	Jamp	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
99113737	<i>Jamp-Metformin Blackberry</i>	Jamp	360	8,89	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02378620	<i>Mar-Metformin</i>	Marcan	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02378841	<i>Metformin</i>	Marcan	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02353377	<i>Metformin</i>	Sanis	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02385341	<i>Metformin FC</i>	Sivem	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02388766	<i>Mint-Metformin</i>	Mint	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02045710	<i>Novo-Metformin</i>	Novopharm	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02223562	<i>pms-Metformin</i>	Phmscience	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02314908	<i>Pro-Metformin</i>	Pro Doc	500	12,35	➔ 0,0247
02269031	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02242974	<i>ratio-Metformin</i>	Ratiopharm	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02239081	<i>Riva-Metformin</i>	Riva	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02246820	<i>Sandoz Metformin FC</i>	Sandoz	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247
02379767	<i>Septa-Metformin</i>	Septa	100	2,47	➔ 0,0247
			500	12,35	➔ 0,0247

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			850 mg PPB		
02257734	<i>ACT Metformin</i>	ActavisPhm	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02494442	<i>AG-Metformin</i>	Angita	500	16,95	➔ 0,0339
02229785	<i>Apo-Metformin</i>	Apotex	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02438283	<i>Auro-Metformin</i>	Aurobindo	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02162849	<i>Glucophage</i>	SanofiAven	100	30,80	0,3080
02380218	<i>Jamp-Metformin</i>	Jamp	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
99113738	<i>Jamp-Metformin Blackberry</i>	Jamp	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02378639	<i>Mar-Metformin</i>	Marcan	100	3,39	➔ 0,0339
02378868	<i>Metformin</i>	Marcan	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02353385	<i>Metformin</i>	Sanis	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02385368	<i>Metformin FC</i>	Sivem	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02388774	<i>Mint-Metformin</i>	Mint	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02230475	<i>Novo-Metformin</i>	Novopharm	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02242589	<i>pms-Metformin</i>	Phmscience	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02314894	<i>Pro-Metformin</i>	Pro Doc	500	16,95	➔ 0,0339
02269058	<i>Ran-Metformin</i>	Ranbaxy	100	3,39	➔ 0,0339
02242931	<i>ratio-Metformin</i>	Ratiopharm	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02242783	<i>Riva-Metformin</i>	Riva	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02246821	<i>Sandoz Metformin FC</i>	Sandoz	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339
02379775	<i>Septa-Metformin</i>	Septa	100	3,39	➔ 0,0339
			500	16,95	➔ 0,0339

68:20.08

INSULINES

INSULINE ASPART

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL

02245397	<i>NovoRapid</i>	N.Nordisk	10 ml	25,37	
----------	------------------	-----------	-------	-------	--

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02377209	<i>NovoRapid FlexTouch</i>	N.Nordisk	5	50,79	
02244353	<i>NovoRapid Penfill</i>	N.Nordisk	5	50,79	

INSULINE DÉGLUDEC

Sol. Inj. S.C.

100 U/mL (3 mL)

02467879	<i>Tresiba FlexTouch</i>	N.Nordisk	5	98,69	
----------	--------------------------	-----------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			200 U/mL (3 mL)		
02467887	<i>Tresiba FlexTouch</i>	N.Nordisk	3	118,42	

INSULINE DÉTÉMIR

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02412829	<i>Levemir FlexTouch</i>	N.Nordisk	5	98,69	
02271842	<i>Levemir Penfill</i>	N.Nordisk	5	98,69	

INSULINE GLARGINE

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL		
02245689	<i>Lantus</i>	SanofiAven	10 ml	58,07	

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02444844	<i>Basaglar</i>	Lilly	5	69,64	
02461528	<i>Basaglar KwikPen (80 U)</i>	Lilly	5	69,64	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			300 U/mL (1,5 mL)		
02441829	<i>Toujeo SoloStar</i>	SanofiAven	3	66,42	
			5	110,70	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			300 U/mL (3mL)		
02493373	<i>Toujeo DoubleStar</i>	SanofiAven	3	132,84	

INSULINE GLULISINE

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL		
02279460	<i>Apidra</i>	SanofiAven	10 ml	24,50	

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02279479	<i>Apidra</i>	SanofiAven	5	48,45	
02294346	<i>Apidra Solostar</i>	SanofiAven	5	49,00	

INSULINE ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.			100 U/mL		
00587737	<i>Humulin N</i>	Lilly	10 ml	17,12	
02024225	<i>Novolin ge NPH</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Susp. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
01959239	<i>Humulin N</i>	Lilly	5	35,50	
02403447	<i>Humulin N KwikPen</i>	Lilly	5	34,89	
02024268	<i>Novolin ge NPH Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

INSULINE LISPRO

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL		
02469901	<i>Admelog</i>	SanofiAven	10 ml	22,70	

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
02469898	<i>Admelog</i>	SanofiAven	5	45,00	
02469871	<i>Admelog SoloSTAR</i>	SanofiAven	5	45,00	

Sol. Inj. S.C.			200 U/mL (3 mL)		
02439611	<i>Humalog KwikPen</i>	Lilly	5	102,88	

INSULINE ZINC CRISTALLINE BIO-SYNTHÉTIQUE DE SÉQUENCE HUMAINE

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL		
00586714	<i>Humulin R</i>	Lilly	10 ml	17,12	
02024233	<i>Novolin ge Toronto</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Sol. Inj. S.C.			100 U/mL (3 mL)		
01959220	<i>Humulin R</i>	Lilly	5	35,50	
02415089	<i>Humulin R KwikPen</i>	Lilly	5	35,50	
02024284	<i>Novolin ge Toronto Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

INSULINES ZINC CRISTALLINE ET ISOPHANE BIO-SYNTHÉTIQUES DE SÉQUENCE HUMAINE

Susp. Inj. S.C.			30 U -70 U/mL		
00795879	<i>Humulin 30/70</i>	Lilly	10 ml	17,12	
02024217	<i>Novolin ge 30/70</i>	N.Nordisk	10 ml	18,39	

Susp. Inj. S.C.			30 U -70 U/mL (3 mL)		
01959212	<i>Humulin 30/70</i>	Lilly	5	35,50	
02025248	<i>Novolin ge 30/70 Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

Susp. Inj. S.C.			40 U -60 U/mL (3 mL)		
02024314	<i>Novolin ge 40/60 Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

Susp. Inj. S.C.			50 U -50 U/mL(3 mL)		
02024322	<i>Novolin ge 50/50 Penfill</i>	N.Nordisk	5	36,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:20.16
ANALOGUES DU MEGLITINIDE
RÉPAGLINIDE 

Co.			0,5 mg PPB		
02321475	<i>ACT Repaglinide</i>	ActavisPhm	100	8,08	➔ 0,0808
02355663	<i>Apo-Repaglinide</i>	Apotex	100	8,08	➔ 0,0808
02424258	<i>Auro-Repaglinide</i>	Aurobindo	100	8,08	➔ 0,0808
			1000	80,80	➔ 0,0808
02239924	<i>GlucNorm</i>	N.Nordisk	90	24,86	0,2762
			100	27,62	0,2762
02354926	<i>Jamp Repaglinide</i>	Jamp	100	8,08	➔ 0,0808
02415968	<i>Repaglinide</i>	Pro Doc	100	8,08	➔ 0,0808
02357453	<i>Sandoz Repaglinide</i>	Sandoz	100	8,08	➔ 0,0808

Co.			1 mg PPB		
02321483	<i>ACT Repaglinide</i>	ActavisPhm	100	8,40	➔ 0,0840
02355671	<i>Apo-Repaglinide</i>	Apotex	100	8,40	➔ 0,0840
02424266	<i>Auro-Repaglinide</i>	Aurobindo	100	8,40	➔ 0,0840
			1000	84,00	➔ 0,0840
02239925	<i>GlucNorm</i>	N.Nordisk	90	25,87	0,2874
			100	28,74	0,2874
02354934	<i>Jamp Repaglinide</i>	Jamp	100	8,40	➔ 0,0840
02415976	<i>Repaglinide</i>	Pro Doc	100	8,40	➔ 0,0840
02357461	<i>Sandoz Repaglinide</i>	Sandoz	100	8,40	➔ 0,0840

Co.			2 mg PPB		
02321491	<i>ACT Repaglinide</i>	ActavisPhm	100	8,73	➔ 0,0873
02355698	<i>Apo-Repaglinide</i>	Apotex	100	8,73	➔ 0,0873
02424274	<i>Auro-Repaglinide</i>	Aurobindo	100	8,73	➔ 0,0873
			1000	87,30	➔ 0,0873
02239926	<i>GlucNorm</i>	N.Nordisk	90	26,85	0,2983
			100	29,83	0,2983
02354942	<i>Jamp Repaglinide</i>	Jamp	100	8,73	➔ 0,0873
02415984	<i>Repaglinide</i>	Pro Doc	100	8,73	➔ 0,0873
02357488	<i>Sandoz Repaglinide</i>	Sandoz	100	8,73	➔ 0,0873

68:20.20
SULFONYLURÉES
GLICLAZIDE 

Co.			80 mg PPB		
02245247	<i>Apo-Gliclazide</i>	Apotex	100	9,31	➔ 0,0931
			500	46,55	➔ 0,0931
00765996	<i>Diamicron</i>	Servier	60	22,35	0,3725
02287072	<i>Gliclazide</i>	Sanis	100	9,31	➔ 0,0931
02248453	<i>Gliclazide-80</i>	Pro Doc	60	5,59	➔ 0,0931
			100	9,31	➔ 0,0931
02238103	<i>Novo-Gliclazide</i>	Novopharm	100	9,31	➔ 0,0931
			500	46,55	➔ 0,0931

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.

30 mg **PPB**

02297795	<i>Apo-Gliclazide MR</i>	Apotex	100	9,31	➔ 0,0931
02242987	<i>Diamicron MR</i>	Servier	60	8,43	0,1405
02423286	<i>Mint-Gliclazide MR</i>	Mint	100	9,31	➔ 0,0931
02438658	<i>Mylan-Gliclazide MR</i>	Mylan	100	9,31	➔ 0,0931
02463571	<i>Ran-Gliclazide MR</i>	Ranbaxy	100	9,31	➔ 0,0931
02461323	<i>Sandoz Gliclazide MR</i>	Sandoz	60	5,59	➔ 0,0931
			100	9,31	➔ 0,0931

Co. L.A.

60 mg **PPB**

02407124	<i>Apo-Gliclazide MR</i>	Apotex	100	6,32	➔ 0,0632
02356422	<i>Diamicron MR</i>	Servier	60	15,17	0,2528
02423294	<i>Mint-Gliclazide MR</i>	Mint	100	6,32	➔ 0,0632
02439328	<i>Ran-Gliclazide MR</i>	Ranbaxy	60	3,79	➔ 0,0632
			100	6,32	➔ 0,0632
02461331	<i>Sandoz Gliclazide MR</i>	Sandoz	60	3,79	➔ 0,0632
			100	6,32	➔ 0,0632

GLYBURIDE 

Co.

2,5 mg **PPB**

01913654	<i>Apo-Glyburide</i>	Apotex	100	3,21	➔ 0,0321
			500	16,03	➔ 0,0321
02224550	<i>Diabeta</i>	SanofiAven	30	3,51	0,1170
01959352	<i>Glyburide</i>	Pro Doc	100	3,21	➔ 0,0321
			500	16,03	➔ 0,0321
02350459	<i>Glyburide</i>	Sanis	100	3,21	➔ 0,0321
			500	16,03	➔ 0,0321
01900927	<i>ratio-Glyburide</i>	Ratiopharm	300	9,62	➔ 0,0321
02248008	<i>Sandoz Glyburide</i>	Sandoz	500	16,03	➔ 0,0321
01913670	<i>Teva-Glyburide</i>	Teva Can	500	16,03	➔ 0,0321

Co.

5 mg **PPB**

01913662	<i>Apo-Glyburide</i>	Apotex	100	5,73	➔ 0,0573
			500	28,65	➔ 0,0573
02224569	<i>Diabeta</i>	SanofiAven	30	6,25	0,2083
02485664	<i>Glyburide</i>	Pro Doc	500	28,65	➔ 0,0573
02350467	<i>Glyburide</i>	Sanis	100	5,73	➔ 0,0573
			500	28,65	➔ 0,0573
02236734	<i>pms-Glyburide</i>	Phmscience	30	1,72	➔ 0,0573
			500	28,65	➔ 0,0573
01900935	<i>ratio-Glyburide</i>	Ratiopharm	30	1,72	➔ 0,0573
			300	17,19	➔ 0,0573
01913689	<i>Teva-Glyburide</i>	Teva Can	500	28,65	➔ 0,0573

TOLBUTAMIDE 

Co.

500 mg

00312762	<i>Tolbutamide</i>	AA Pharma	100	10,89	0,1089
			1000	108,90	0,1089

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:22.12
GLYCOGÉNOlyTIQUES

GLUCAGON 

Pd. Inj.

1 mg **PPB**

02333619	<i>Glucagen</i>	Paladin	1	➡	77,10	
02333627	<i>Glucagen HypoKit</i>	Paladin	1	➡	77,10	
02243297	<i>Glucagon</i>	Lilly	1		85,67	

68:24

PARATHYROÏDIENS

CALCITONINE DE SAUMON (SYNTHÉTIQUE) 

Sol. Inj.

100 UI

02007134	<i>Caltine</i>	Ferring	1 ml		7,82	
----------	----------------	---------	------	--	------	--

Sol. Inj.

200 U/mL

01926691	<i>Calcimar Solution</i>	SanofiAven	2 ml		46,04	
----------	--------------------------	------------	------	--	-------	--

68:28

HORMONES HYPOPHYSAIRES

DESMOPRESSINE (ACÉTATE DE) 

Co. ou Co. Diss. Orale

0,1 mg ou 0,06 mg **PPB**

00824305	<i>DDAVP</i>	Ferring	30		39,65	1,3217
02284995	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	30		29,73	0,9910
02284030	<i>Desmopressin</i>	AA Pharma	100		33,03	➡ 0,3303
02304368	<i>pms-Desmopressin</i>	Phmscience	100		33,03	➡ 0,3303

Co. ou Co. Diss. Orale

0,2 mg ou 0,12 mg **PPB**

00824143	<i>DDAVP</i>	Ferring	30		79,30	2,6432
			100		264,32	➡ 2,6432
02285002	<i>DDAVP Melt</i>	Ferring	30		59,47	1,9823
02284049	<i>Desmopressin</i>	AA Pharma	100		66,07	➡ 0,6607
02304376	<i>pms-Desmopressin</i>	Phmscience	100		66,07	➡ 0,6607

Sol. Inj.

4 mcg/mL

00873993	<i>DDAVP</i>	Ferring	1 ml		10,06	
----------	--------------	---------	------	--	-------	--

Sol. Inj.

15 mcg/mL

02024179	<i>Octostim</i>	Ferring	1 ml		34,56	
----------	-----------------	---------	------	--	-------	--

Sol. Nas.

0,1 mg/mL

00402516	<i>DDAVP</i>	Ferring	2,5 ml		47,20	
----------	--------------	---------	--------	--	-------	--

Vap. nasal

10 mcg/dose

02242465	<i>Desmopressin</i>	AA Pharma	25 dose(s)		35,40	
			50 dose(s)		70,80	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

68:32

PROGESTATIFS

DIÉNOGEST

Co.

2 mg **PPB**

02493055	<i>Aspen-Dienogest</i>	Aspen	28	42,97	➔	1,5346
02498189	<i>JAMP Dienogest</i>	Jamp	28	42,97	➔	1,5346
02374900	<i>Visanne</i>	Bayer	28	55,00		1,9643

MÉDROXYPROGESTÉRONNE (ACÉTATE DE)

Co.

2,5 mg **PPB**

02244726	<i>Apo-Medroxy</i>	Apotex	100	4,16	➔	0,0416
02253550	<i>Medroxy-2.5</i>	Pro Doc	500	20,79	➔	0,0416
02221284	<i>Novo-Medrone</i>	Novopharm	100	4,16	➔	0,0416

Co.

5 mg **PPB**

02244727	<i>Apo-Medroxy</i>	Apotex	100	8,23	➔	0,0823
02253577	<i>Medroxy-5</i>	Pro Doc	100	8,23	➔	0,0823
02221292	<i>Novo-Medrone</i>	Novopharm	100	8,23	➔	0,0823
00030937	<i>Provera</i>	Pfizer	100	26,25		0,2625

Co.

10 mg **PPB**

02277298	<i>Apo-Medroxy</i>	Apotex	100	16,70	➔	0,1670
02221306	<i>Novo-Medrone</i>	Novopharm	100	16,70	➔	0,1670

Co.

100 mg

02267640	<i>Apo-Medroxy</i>	Apotex	100	120,57		1,2057
----------	--------------------	--------	-----	--------	--	--------

Susp. Inj. I.M.

150 mg/mL

00585092	<i>Depo-Provera</i>	Pfizer	1 ml	26,98		
----------	---------------------	--------	------	-------	--	--

PROGESTÉRONNE

Sol. Inj. Huil.

50 mg/mL

02446820	<i>ACT Progesterone Injection</i>	ActavisPhm	10 ml	58,61		
----------	-----------------------------------	------------	-------	-------	--	--

68:36.04

THYROÏDIENS

LÉVOTHYROXINE SODIQUE

Co.

0,025 mg

02172062	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	6,97		0,0774
			1000	71,09		0,0711

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				0,05 mg	
02213192	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	13,70	0,0274
02172070	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	4,21	0,0468
			1000	42,53	0,0425
Co.				0,075 mg	
02172089	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	7,52	0,0836
			1000	76,75	0,0768
Co.				0,088 mg	
02172097	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	7,52	0,0836
			1000	76,75	0,0768
Co.				0,1 mg	
02213206	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	16,82	0,0336
02172100	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	5,58	0,0620
			1000	56,61	0,0566
Co.				0,112 mg	
02171228	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	7,96	0,0884
			1000	81,04	0,0810
Co.				0,125 mg	
02172119	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,09	0,0899
			1000	82,41	0,0824
Co.				0,137 mg	
02233852	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	14,14	0,1571
			1000	157,07	0,1571
Co.				0,15 mg	
02213214	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	18,66	0,0373
02172127	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	5,99	0,0666
			1000	60,82	0,0608
Co.				0,175 mg	
02172135	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,64	0,0960
			1000	88,06	0,0881
Co.				0,2 mg	
02213222	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	19,74	0,0395
02172143	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	6,41	0,0712
			1000	64,81	0,0648

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				0,3 mg	
* 02213230	<i>Eltroxin</i>	Aspen	500	29,61	R
02172151	<i>Synthroid</i>	BGP Pharma	90	8,82	0,0980

LIOTHYRONINE SODIQUE 

Co.				5 mcg PPB	
01919458	<i>Cytomel</i>	Pfizer	100	122,74	1,2274
02494337	<i>Teva-Liothyronine</i>	Teva Can	100	109,06	➔ 1,0906

Co.				25 mcg PPB	
01919466	<i>Cytomel</i>	Pfizer	100	133,41	1,3341
02494345	<i>Teva-Liothyronine</i>	Teva Can	100	118,54	➔ 1,1854

68:36.08

ANTITHYROÏDIENS

MÉTHIMAZOLE 

Co.				5 mg PPB	
02490625	<i>Jamp Methimazole</i>	Jamp	100	15,31	➔ 0,1531
02480107	<i>Mar-Methimazole</i>	Marcan	100	15,31	➔ 0,1531
00015741	<i>Tapazole</i>	Paladin	100	24,73	0,2473

PROPYLTHIOURACILE 

Co.				50 mg	
00010200	<i>Propyl-Thyracil</i>	Paladin	100	21,40	R

Co.				100 mg	
00010219	<i>Propyl-Thyracil</i>	Paladin	100	33,50	R

84:00
PEAU ET MUQUEUSES

- 84:04** **anti-infectieux**
- 84:04.04 antibactériens
- 84:04.08 antifongiques
- 84:04.12 scabicides et pédiculicides
- 84:04.92 autres anti-infectieux locaux
- 84:06** **anti-inflammatoires**
- 84:28** **kératolytiques**
- 84:32** **kératoplastiques**
- 84:92** **peau et muqueuses, divers**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

84:04.04

ANTIBACTÉRIENS

BACITRACINE

Pd. Inj./Top.

50 000 U

00030708	<i>Bacitracine</i>	Pfizer	1	9,10	
----------	--------------------	--------	---	------	--

Pom. Top.

500 U/g

02351714	<i>Bacitracin</i>	Jamp	450 g	44,72	0,0994
----------	-------------------	------	-------	-------	--------

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 

Sol. Top.

1 % PPB

00582301	<i>Dalacin T</i>	Pfizer	30 ml	8,93	
			60 ml	17,86	
02483769	<i>Solution topique de phosphate de clindamycine</i>	Teligent	30 ml	6,78	
			60 ml	9,15	
02266938	<i>Taro-Clindamycin</i>	Taro	30 ml	6,78	
			60 ml	9,15	

FUSIDATE DE SODIUM 

Pom. Top.

2 %

00586676	<i>Fucidin</i>	Leo	30 g	17,78	0,5927
----------	----------------	-----	------	-------	--------

FUSIDIQUE (ACIDE) 

Cr. Top.

2 %

00586668	<i>Fucidin</i>	Leo	30 g	17,78	0,5927
----------	----------------	-----	------	-------	--------

MÉTRONIDAZOLE 

Cr. Top.

1 %

02156091	<i>Noritrate</i>	Valeant	45 g	24,03	0,5340
----------	------------------	---------	------	-------	--------

Gel Top.

1 %

02297809	<i>Metrogel</i>	Galderma	55 g	33,00	0,6000
----------	-----------------	----------	------	-------	--------

MUPIROCINE

Pom. Top.

2 %

02279983	<i>Taro-Mupirocin</i>	Taro	15 g	6,19	0,4127
			30 g	12,38	0,4127

MUPIROCINE CALCIQUE

Cr. Top.

2 %

02239757	<i>Bactroban</i>	GSK CONS	15 g	7,52	0,5013
----------	------------------	----------	------	------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

POLYMYXINE B (SULFATE DE)/ BACITRACINE ZINC

Pom. Top.

10 000 U -500 U/g **PPB**

00621366	<i>Bioderm</i>	Odan	15 g	5,04	➔ 0,3360
			30 g	10,08	➔ 0,3360
02357569	<i>Jampolycin</i>	Jamp	15 g	5,04	➔ 0,3360

84:04.08

ANTIFONGIQUES

CICLOPIROX OLAMINE 

Cr. Top.

1 %

02221802	<i>Loprox</i>	Valeant	60 g	18,10	0,3017
----------	---------------	---------	------	-------	--------

Lot.

1 %

02221810	<i>Loprox</i>	Valeant	60 ml	18,13	
----------	---------------	---------	-------	-------	--

CLOTRIMAZOLE

Cr. Top.

10 mg/g

00812382	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	20 g	4,20	0,2100
			30 g	6,30	0,2100
			50 g	9,00	0,1800
			500 g	44,20	0,0884

Cr. Vag. (App.)

1 %

00812366	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	50 g	9,06	
----------	---------------------	------	------	------	--

Cr. Vag. (App.)

2 %

00812374	<i>Clotrimaderm</i>	Taro	25 g	9,06	
----------	---------------------	------	------	------	--

KÉTOCONAZOLE 

Cr. Top.

2 %

02245662	<i>Ketoderm</i>	Taro	30 g	9,50	0,3167
----------	-----------------	------	------	------	--------

NYSTATINE

Cr. Top.

100 000 U/g **PPB**

00716871	<i>Nyaderm</i>	Taro	454 g	28,60	➔ 0,0630
02194236	<i>ratio-Nystatin</i>	Ratiopharm	15 g	0,95	➔ 0,0633
			30 g	1,89	➔ 0,0630

Pom. Top.

100 000 U/g

02194228	<i>ratio-Nystatin</i>	Ratiopharm	30 g	2,71	0,0903
----------	-----------------------	------------	------	------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TERBINAFINE (CHLORHYDRATE DE) 

Cr. Top.

				1 %	
02031094	Lamisil	Novartis	30 g	14,83	0,4943

Vap. top.

				1 %	
02238703	Lamisil	Novartis	30 ml	14,65	

TERCONAZOLE 

Cr. Vag. (App.)

				0,4 %	
02247651	Taro-Terconazole	Taro	45 g	28,59	

84:04.12

SCABICIDES ET PÉDICULICIDES

DIMÉTICONE

Sol.

				50% P/P	
02373785	Nyda	Pediapharm	50 ml	22,42	

ISOPROPYLE (MYRISTATE D')

Sol. Top.

				50 %	
02279592	Resultz	Aralez	120 ml 240 ml	11,50 22,42	

PERMÉTHRINE

Après-Shamp.

				1 %	
02231480	Kwellada-P Crème rinse	Medtech	50 ml 200 ml	8,75 34,97	

Cr. Top.

				5 %	
02219905	Nix	GSK CONS	30 g	14,04	0,4680

Lot.

				5 %	
02231348	Kwellada-P Lotion	Medtech	100 ml	50,53	

PYRÉTHRINES/ BUTOXYDE DE PIPÉRONYLE

Shamp.

				0,33 % -3 % à 4 %	PPB
02229642	Pronto Shampooing	Del	59 ml	➡	4,45
02125447	R & C Shampoo with conditioner	Medtech	50 ml 200 ml	➡	5,55 22,19

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

84:04.92
AUTRES ANTI-INFECTIEUX LOCAUX
SULFADIAZINE D'ARGENT 

			1 %		
Cr. Top.					
00323098	<i>Flamazine</i>	S. & N.	20 g	4,86	0,2430
			50 g	10,96	0,2192
			500 g	66,01	0,1320

84:06
ANTI-INFLAMMATOIRES
AMCINONIDE 

			0,1 % PPB		
Cr. Top.					
02192284	<i>Cyclocort</i>	GSK	60 g	15,00	0,2500
02247098	<i>ratio-Amcinonide</i>	Ratiopharm	15 g	2,86	0,1907
			30 g	5,73	0,1910
			60 g	11,45	0,1908
02246714	<i>Taro-Amcinonide</i>	Taro	15 g	2,86	0,1907
			30 g	5,73	0,1910
			60 g	11,45	0,1908

			0,1 %		
Lot.					
02247097	<i>ratio-Amcinonide</i>	Teva Can	20 ml	4,54	
			60 ml	13,63	

			0,1 %		
Pom. Top.					
02247096	<i>ratio-Amcinonide</i>	Teva Can	15 g	4,73	0,3153
			30 g	9,45	0,3150
			60 g	15,00	0,2500

BÉCLOMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 

			0,025 %		
Cr. Top.					
02089602	<i>Propaderm</i>	Valeant	45 g	19,13	0,4251
			120 g	51,01	0,4251

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE) 

			0,05 % PPB		
Cr. Top.					
00323071	<i>Diprosone</i>	Merck	50 g	10,23	0,2046
00804991	<i>ratio-Topisone</i>	Ratiopharm	15 g	3,07	0,2046
			50 g	10,23	0,2046
01925350	<i>Taro-Sone</i>	Taro	50 g	10,23	0,2046

			0,05 % PPB		
Lot.					
00417246	<i>Diprosone</i>	Merck	75 ml	14,85	
00809187	<i>ratio-Topisone</i>	Ratiopharm	30 ml	5,94	
			75 ml	14,85	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pom. Top.			0,05 % PPB		
00344923	<i>Diprosone</i>	Merck	50 g	10,76 ➡	0,2152
00805009	<i>ratio-Topisone</i>	Ratiopharm	15 g	3,23 ➡	0,2152
			50 g	10,76 ➡	0,2152
			450 g	96,84 ➡	0,2152

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ BASE PROPYLÈNEGLYCOL

Cr. Top.			0,05 %		
00849650	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	15 g	7,78	0,5186
			50 g	25,93	0,5186

Lot.			0,05 % PPB		
00862975	<i>Diprolène</i>	Merck	60 ml	➡ 16,18	
01927914	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	30 ml	➡ 8,09	
			60 ml	➡ 16,18	

Pom. Top.			0,05 % PPB		
00629367	<i>Diprolène</i>	Merck	50 g	25,93 ➡	0,5186
00849669	<i>Teva-Topilene</i>	Teva Can	15 g	7,78 ➡	0,5186
			50 g	25,93 ➡	0,5186

BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)/ SALICYLIQUE (ACIDE)

Lot.			0,05 % -2 % PPB		
00578428	<i>Diprosalic Lotion</i>	Merck	60 ml	➡ 21,14	
02245688	<i>ratio-Topisalic</i>	Teva Can	30 ml	➡ 10,57	
			60 ml	➡ 21,14	

Pom. Top.			0,05 % -3 %		
00578436	<i>Diprosalic Pommade</i>	Merck	50 g	34,96	0,6992

BÉTAMÉTHASONE (PHOSPHATE DISODIQUE DE)

Sol. Rect.			5 mg/ 100 mL		
02060884	<i>Betnesol</i>	Paladin	100 ml	8,79	

BÉTAMÉTHASONE (VALÉRATE DE)

Cr. Top.			0,05 % PPB		
00716618	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	27,06 ➡	0,0596
02357860	<i>Celestoderm V/2</i>	Valeant	450 g	26,80 ➡	0,0596

Cr. Top.			0,1 % PPB		
00716626	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	40,36 ➡	0,0889
02357844	<i>Celestoderm V</i>	Valeant	450 g	40,00 ➡	0,0889

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Lot.				0,05 %	
00653209	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	11,40	

Lot.				0,1 %	
00750050	<i>ratio-Ectosone</i>	Teva Can	60 ml	15,00	

Lot. Cap.				0,1 % PPB	
00716634	<i>Bétaderm</i>	Taro	75 ml	➡ 6,39	
00653217	<i>ratio-Ectosone</i>	Ratiopharm	30 ml	➡ 2,56	
			75 ml	➡ 6,39	
01940112	<i>Rivasone</i>	Riva	30 ml	➡ 2,56	
			75 ml	➡ 6,39	
00027944	<i>Valisone</i>	Valeant	75 ml	➡ 6,40	

Pom. Top.				0,05 % PPB	
00716642	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	➡ 27,06	➡ 0,0596
02357879	<i>Celestoderm V/2</i>	Valeant	450 g	➡ 26,80	➡ 0,0596

Pom. Top.				0,1 % PPB	
00716650	<i>Bétaderm</i>	Taro	454 g	➡ 40,36	➡ 0,0889
02357852	<i>Celestoderm V</i>	Valeant	450 g	➡ 40,00	➡ 0,0889

BUDÉSONIDE

Sol. Rect.				0,02 mg/mL	
02052431	<i>Entocort</i>	AZC	115 ml	8,24	

CLOBÉTASOL (PROPIONATE DE)

Cr. Top.				0,05 % PPB	
02213265	<i>Dermovate</i>	Taro	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
02024187	<i>Mylan-Clobétasol</i>	Mylan	50 g	11,40	➡ 0,2279
02093162	<i>Novo-Clobétasol</i>	Novopharm	50 g	11,40	➡ 0,2279
02309521	<i>pms-Clobetasol</i>	Phmscience	50 g	11,40	➡ 0,2279
02245523	<i>Taro-Clobetasol</i>	Taro	15 g	3,42	➡ 0,2279
			50 g	11,40	➡ 0,2279
			454 g	103,47	➡ 0,2279
01910272	<i>Teva-Clobetasol</i>	Teva Can	15 g	3,42	➡ 0,2279
			50 g	11,40	➡ 0,2279
			450 g	102,56	➡ 0,2279

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Lot. Cap.

0,05 % **PPB**

02213281	<i>Dermovate Capillaire</i>	Taro	60 ml	34,11	
02216213	<i>Mylan-Clobétasol</i>	Mylan	60 ml	➔ 11,94	
02232195	<i>pms-Clobetasol</i>	Phmscience	60 ml	➔ 11,94	
02245522	<i>Taro-Clobetasol</i>	Taro	60 ml	➔ 11,94	
01910299	<i>Teva-Clobetasol</i>	Teva Can	20 ml	➔ 3,98	
			60 ml	➔ 11,94	

Pom. Top.

0,05 % **PPB**

02213273	<i>Dermovate</i>	Taro	15 g	10,23	0,6820
			50 g	32,56	0,6512
02026767	<i>Mylan-Clobétasol</i>	Mylan	50 g	11,40	➔ 0,2279
02126192	<i>Novo-Clobétasol</i>	Novopharm	50 g	11,40	➔ 0,2279
02309548	<i>pms-Clobetasol</i>	Phmscience	50 g	11,40	➔ 0,2279
02245524	<i>Taro-Clobetasol</i>	Taro	15 g	3,42	➔ 0,2279
			50 g	11,40	➔ 0,2279
01910280	<i>Teva-Clobetasol</i>	Teva Can	15 g	3,42	➔ 0,2279
			50 g	11,40	➔ 0,2279
			450 g	102,56	➔ 0,2279

CLOBÉTASONE (BUTYRATE DE)

Cr. Top.

0,05 %

02214415	<i>Spectro Eczemacare medicated cream</i>	GSK CONS	30 g	11,45	0,3817
----------	---	----------	------	-------	--------

DÉSONIDE

Cr. Top.

0,05 %

02229315	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	15 g	3,92	0,2613
			60 g	15,66	0,2610

Pom. Top.

0,05 %

02229323	<i>PDP-Desonide</i>	Pendopharm	60 g	15,66	0,2610
----------	---------------------	------------	------	-------	--------

DÉSOXIMÉTASONE

Cr. Top. (Emol.)

0,05 %

02221918	<i>Topicort Doux</i>	Valeant	20 g	9,08	0,4540
			60 g	22,97	0,3828

Cr. Top. (Emol.)

0,25 %

02221896	<i>Topicort</i>	Valeant	20 g	13,08	0,6540
			60 g	34,59	0,5765

Gel Top.

0,05 %

02221926	<i>Topicort</i>	Valeant	60 g	26,82	0,4470
----------	-----------------	---------	------	-------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pom. Top.				0,25 %	
02221934	<i>Topicort</i>	Valeant	60 g	34,59	0,5765

FLUOCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 

Huile Top.				0,01 %	
00873292	<i>Derma-Smoothie/FS</i>	Hill	118 ml	29,15	

Pom. Top.				0,025 %	
02162512	<i>Synalar Régulier</i>	Valeant	60 g	25,85	0,4308

Sol. Top.				0,01 %	
02162504	<i>Synalar Solution</i>	Valeant	60 ml	24,55	

FLUOCINONIDE 

Cr. Top.				0,05 % PPB	
02161923	<i>Lidex Crème</i>	Valeant	60 g	14,27	➔ 0,2378
			400 g	95,12	➔ 0,2378
00716863	<i>Lyderm</i>	Taro	15 g	3,57	➔ 0,2378
			60 g	14,27	➔ 0,2378
			400 g	95,12	➔ 0,2378

Cr. Top. (Emol.)				0,05 % PPB	
02163152	<i>Lidémol Crème Émollient</i>	Valeant	30 g	5,94	➔ 0,1980
			100 g	19,80	➔ 0,1980
00598933	<i>Tiamol</i>	Taro	25 g	4,95	➔ 0,1980
			100 g	19,80	➔ 0,1980

Gel Top.				0,05 % PPB	
02161974	<i>Lidex Gel</i>	Valeant	60 g	18,46	0,3077
02236997	<i>Lyderm</i>	Taro	60 g	18,45	➔ 0,3075

Pom. Top.				0,05 % PPB	
02161966	<i>Lidex Onguent</i>	Valeant	60 g	18,21	➔ 0,3035
02236996	<i>Lyderm</i>	Taro	60 g	18,21	➔ 0,3035

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

HYDROCORTISONE

Cr. Top.

1 % PPB

80078409	<i>Alta-HC 1 %</i>	Altamed	15 g	1,48	➔	0,0987
			30 g	4,50	➔	0,1500
			454 g	17,70	➔	0,0390
80073687	<i>Cell Hydrocortisone</i>	Cellchem	15 g	1,48	➔	0,0987
* 80066699	<i>Cortivera - H</i>	Vanc Phm	454 g	17,70		R
80061697	<i>Cortivera Plus</i>	Vanc Phm	15 g	1,48	➔	0,0987
00192597	<i>Emo-Cort</i>	GSK	45 g	7,42		0,1649
02412926	<i>Euro-Hydrocortisone</i>	Sandoz	15 g	3,00		0,2000
			30 g	4,50	➔	0,1500
			45 g	4,45		0,0989
			454 g	39,00		0,0859
80057189	<i>Jamp-Hydrocortisone Cream 1 %</i>	Jamp	30 g	4,50	➔	0,1500
			45 g	4,45	➔	0,0988
			454 g	39,00		0,0859
80066164	<i>M-HC 1%</i>	Mantra Ph.	45 g	4,45	➔	0,0988
			454 g	17,70	➔	0,0390
80066167	<i>M-HC 1% Protection</i>	Mantra Ph.	30 g	4,50	➔	0,1500
00804533	<i>Prevex HC</i>	GSK	30 g	7,84		0,2613

HYDROCORTISONE

Cr. Top.

2,5 %

02469421	<i>Sandoz Hydrocortisone</i>	Sandoz	45 g	14,95		0,3322
			225 g	74,75		0,3322

HYDROCORTISONE

Lot.

1 % PPB

80057191	<i>Jamp-Hydrocortisone Lotion 1 %</i>	Jamp	60 ml	➔	7,15	
			150 ml	➔	17,87	
80066168	<i>M-HC 1% lotion</i>	Mantra Ph.	60 ml	➔	7,15	

Pom. Top.

1 % PPB

00716693	<i>Cortoderm</i>	Taro	454 g	17,70	➔	0,0390
80057193	<i>Jamp-Hydrocortisone 1%</i>	Jamp	454 g	17,70	➔	0,0390

HYDROCORTISONE

Sol. Rect.

100 mg

02112736	<i>Cortenema</i>	Aptalis	60 ml	6,45		
----------	------------------	---------	-------	------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Cr. Top.			1 % PPB		
00716839	<i>Hyderm</i>	Taro	15 g	3,20	0,2133
			500 g	18,20	0,0364
80057178	<i>Jamp-HC Crème 1%</i>	Jamp	15 g	2,09	0,1392
			500 g	18,20	0,0364
80066165	<i>M-HC Acetate 1%</i>	Mantra Ph.	15 g	2,09	0,1392
			500 g	18,20	0,0364

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D')

Pom. Rect. (App.)			0,5 % à 0,75 % PPB		
02128446	<i>Anodan-HC</i>	Odan	15 g	5,78	0,3850
			30 g	11,55	0,3850
02209764	<i>Egozinc-HC</i>	Phmscience	15 g	5,78	0,3850
			30 g	11,55	0,3850
02387239	<i>JampZinc - HC</i>	Jamp	15 g	5,78	0,3850
			30 g	11,55	0,3850
02179547	<i>Riva-sol HC</i>	Riva	15 g	5,78	0,3850
			30 g	11,55	0,3850

Supp.			10 mg		
* 02236399	<i>Anodan-HC</i>	Odan	12	11,41	0,9506
			24	22,81	0,9506

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') URÉE

Cr. Top.			1 % -10 % PPB		
00681989	<i>Dermaflex HC</i>	Paladin	120 g	14,77	0,1231
			225 g	27,70	0,1231
80061501	<i>Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Cream</i>	Jamp	120 g	14,77	0,1231
			225 g	27,70	0,1231
80073645	<i>M-HC 1% Urea 10% cream</i>	Mantra Ph.	120 g	14,77	0,1231

Lot.			1 % -10 % PPB		
00681997	<i>Dermaflex HC</i>	Paladin	150 ml	12,75	
80061502	<i>Jamp-Hydrocortisone Acetate 1 % Urea 10 % Lotion</i>	Jamp	150 ml	12,75	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MOMÉTASONE (FUROATE DE) 

Cr. Top.

0,1 % **PPB**

00851744	<i>Elocom</i>	Merck	15 g	9,45	0,6300
			50 g	29,80	0,5960
02367157	<i>Taro-Mométasone</i>	Taro	15 g	7,89 ➔	0,5260
			50 g	26,31 ➔	0,5262

Lot.

0,1 % **PPB**

00871095	<i>Elocom</i>	Merck	75 ml	32,09	
02266385	<i>Taro-Mometasone Lotion</i>	Taro	30 ml	➔ 9,37	
			75 ml	➔ 23,43	

Pom. Top.

0,1 % **PPB**

00851736	<i>Elocom</i>	Merck	50 g	28,77	0,5754
02248130	<i>ratio-Mométasone</i>	Ratiopharm	15 g	3,38 ➔	0,2252
			50 g	11,26 ➔	0,2252
02264749	<i>Taro-Mométasone</i>	Taro	15 g	3,38 ➔	0,2252
			50 g	11,26 ➔	0,2252

TRIAMCINOLONE (ACÉTONIDE DE) 

Cr. Top.

0,1 % **PPB**

02194058	<i>Aristocort R</i>	Valeant	30 g	3,90 ➔	0,1300
			500 g	26,65	0,0533
00716960	<i>Triaderm</i>	Taro	500 g	25,32 ➔	0,0506

Cr. Top.

0,5 %

02194066	<i>Aristocort C</i>	Valeant	15 g	17,28	1,1520
			50 g	57,60	1,1520

Pom. Top.

0,1 %

02194031	<i>Aristocort R</i>	Valeant	30 g	3,90	0,1300
----------	---------------------	---------	------	------	--------

Pom. Top. (Orale)

0,1 %

01964054	<i>Oracort</i>	Taro	7,5 g	6,83	
----------	----------------	------	-------	------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

84:28
KÉRATOLYTIQUES
URÉE

Cr. Top.		20 % et 22 % PPB			
80079885	<i>Crème à l'urée</i>	Cellchem	50 g	2,40	➔ 0,0479
80023775	<i>JamUrea 20</i>	Jamp	225 g	10,78	➔ 0,0479
80079151	<i>M-Urea 20</i>	Mantra Ph.	100 g	4,79	➔ 0,0479
			225 g	10,78	➔ 0,0479
00396125	<i>Urisec</i>	Odan	120 g	5,75	➔ 0,0479
			225 g	11,69	➔ 0,0520
			454 g	21,75	➔ 0,0479

84:32
KÉRATOPLASTIQUES
GOUDRON MINÉRAL

Gel Top.		10 %			
00344508	<i>Target</i>	Odan	100 g	13,90	0,1390

GOUDRON MINÉRAL/ SALICYLIQUE (ACIDE)

Gel Top.		10 % -3 %			
00510335	<i>Target S.A.</i>	Odan	100 g	15,35	0,1535

84:92
PEAU ET MUQUEUSES, DIVERS
ACITRÉTINE

Caps.		10 mg PPB			
02468840	<i>Mint-Acitrein</i>	Mint	30	38,90	➔ 1,2965
02070847	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	38,90	➔ 1,2965
02466074	<i>Taro-Acitrein</i>	Taro	30	38,90	➔ 1,2965

Caps.		25 mg PPB			
02468859	<i>Mint-Acitrein</i>	Mint	30	68,31	➔ 2,2770
02070863	<i>Soriatane</i>	Aralez	30	68,31	➔ 2,2770
02466082	<i>Taro-Acitrein</i>	Taro	30	68,31	➔ 2,2770

CALCIPOTRIOL

Pom. Top.		50 mcg/g			
01976133	<i>Dovonex</i>	Leo	100 g	73,37	0,7337
			120 g	88,04	0,7337

CALCITRIOL

Pom. Top.		3 mcg/g			
02338572	<i>Silkis</i>	Galderma	60 g	40,80	0,6800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FLUOROURACILE

Cr. Top.

5 %

00330582	<i>Efudex</i>	Valeant	40 g	32,00	0,8000
----------	---------------	---------	------	-------	--------

GEL HYDROCOLLOIDAL

Gel Top.

00921084	<i>DuoDERM Gel</i>	Convatec	30 g	6,64	0,2213
----------	--------------------	----------	------	------	--------

HYDROGEL

Gel Top.

99100795	<i>Cutimed Gel</i>	BSN Med	15 g	2,95	0,1967
			25 g	3,93	0,1572
99100365	<i>Nu-Gel</i>	KCI	15 g	2,58	0,1720
			25 g	4,31	0,1724
99100152	<i>Purilon Gel</i>	Coloplast	8 g	2,25	0,2813
			15 g	3,15	0,2100
99100192	<i>Tegaderm 3M - Hydrogel pour plaies</i>	3M Canada	15 g	2,74	0,1827
99100300	<i>Woun'dres</i>	Coloplast	28 g	3,70	0,1321
			84 g	8,98	0,1069

ISOTRÉTINOÏNE

Caps.

10 mg **PPB**

00582344	<i>Accutane 10</i>	Roche	30	27,94	➔	0,9313
02257955	<i>Clarus</i>	Mylan	30	27,94	➔	0,9313

Caps.

40 mg **PPB**

00582352	<i>Accutane 40</i>	Roche	30	57,01	➔	1,9003
02257963	<i>Clarus</i>	Mylan	30	57,01	➔	1,9003

PODOFILOX

Sol. Top.

0,5 %

01945149	<i>Condylone (3,5 ml)</i>	SanofiAven	1	37,00		
----------	---------------------------	------------	---	-------	--	--

PROPYLÈNE GLYCOL/ CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE

Gel Top.

20 % -3 %

00907936	<i>Intrasite</i>	S. & N.	8 g	2,73	0,3413
			15 g	3,70	0,2467
			25 g	5,74	0,2296

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

ZINC (OXYDE DE)

Band.

7,5 cm X 6 m

01907603	<i>Viscopaste PB7</i>	S. & N.	1	8,80	
----------	-----------------------	---------	---	------	--

86:00
RELAXANTS MUSCULAIRES LISSES

86:12 relaxants musculaires lisses
génito-urinaires
86:16 respiratoires

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

86:12
RELAXANTS MUSCULAIRES LISSES GÉNITO-URINAIRES
OXYBUTYNE (CHLORURE D') 

Co.			2,5 mg		
02240549	<i>pms-Oxybutynin</i>	Phmscience	100	13,72	0,1372

Co.			5 mg PPB		
02163543	<i>Apo-Oxybutynin</i>	Apotex	100	9,86	➔ 0,0986
			500	49,30	➔ 0,0986
02230394	<i>Novo-Oxybutynin</i>	Novopharm	100	9,86	➔ 0,0986
			500	49,30	➔ 0,0986
02350238	<i>Oxybutynin</i>	Sanis	100	9,86	➔ 0,0986
			500	49,30	➔ 0,0986
02240550	<i>pms-Oxybutynin</i>	Phmscience	100	9,86	➔ 0,0986
			500	49,30	➔ 0,0986
02299364	<i>Riva-Oxybutynin</i>	Riva	100	9,86	➔ 0,0986
			500	49,30	➔ 0,0986

PROPIVÉRINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			5 mg		
02460289	<i>Mictoryl Pédiatrique²¹</i>	Duchesnay	28	10,36	0,3700

SOLIFÉNACINE (SUCCINATE DE) 

Co.			5 mg PPB		
02423375	<i>Apo-Solifenacin</i>	Apotex	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02446375	<i>Auro-Solifenacin</i>	Aurobindo	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02424339	<i>Jamp-Solifenacin</i>	Jamp	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02428911	<i>Med-Solifenacin</i>	GMP	30	9,12	➔ 0,3041
			90	27,37	➔ 0,3041
02443171	<i>Mint-Solifenacin</i>	Mint	90	27,37	➔ 0,3041
02417723	<i>pms-Solifenacin</i>	Phmscience	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02437988	<i>Ran-Solifenacin</i>	Ranbaxy	100	30,41	➔ 0,3041
			500	152,05	➔ 0,3041
02399032	<i>Sandoz Solifenacin</i>	Sandoz	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02458144	<i>Solifenacin</i>	Pro Doc	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02458241	<i>Solifenacin</i>	Sanis	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
* 02448335	<i>Succinate de Solifénacine</i>	Juno	30	9,12	R
			90	27,37	R
02397900	<i>Teva-Solifenacin</i>	Teva Can	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02277263	<i>Vesicare</i>	Astellas	30	45,00	1,5000
			90	135,00	1,5000

²¹ Le remboursement de ce produit est autorisé pour les personnes de moins de 18 ans.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			10 mg PPB		
02423383	<i>Apo-Solifenacin</i>	Apotex	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02446383	<i>Auro-Solifenacin</i>	Aurobindo	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02424347	<i>Jamp-Solifenacin</i>	Jamp	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02428938	<i>Med-Solifenacin</i>	GMP	30	9,12	➔ 0,3041
			90	27,37	➔ 0,3041
02443198	<i>Mint-Solifenacin</i>	Mint	90	27,37	➔ 0,3041
02417731	<i>pms-Solifenacin</i>	Phmscience	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02437996	<i>Ran-Solifenacin</i>	Ranbaxy	100	30,41	➔ 0,3041
			500	152,05	➔ 0,3041
02399040	<i>Sandoz Solifenacin</i>	Sandoz	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02458152	<i>Solifenacin</i>	Pro Doc	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02458268	<i>Solifenacin</i>	Sanis	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
* 02448343	<i>Succinate de Solifénacine</i>	Juno	30	9,12	R
			90	27,37	R
02397919	<i>Teva-Solifenacin</i>	Teva Can	30	9,12	➔ 0,3041
			100	30,41	➔ 0,3041
02277271	<i>Vesicare</i>	Astellas	30	45,00	1,5000
			90	135,00	1,5000

TOLTÉRODINE (L-TARTRATE DE)

Caps. L.A.

			2 mg PPB		
02244612	<i>Detrol LA</i>	Upjohn	30	56,76	1,8920
			90	170,28	1,8920
02404184	<i>Mylan-Tolterodine ER</i>	Mylan	30	14,73	➔ 0,4910
			100	49,11	➔ 0,4911
02413140	<i>Sandoz Tolterodine LA</i>	Sandoz	30	14,73	➔ 0,4910
			100	49,11	➔ 0,4911
02412195	<i>Teva-Tolterodine LA</i>	Teva Can	30	14,73	➔ 0,4910
			100	49,11	➔ 0,4911

Caps. L.A.

			4 mg PPB		
02244613	<i>Detrol LA</i>	Upjohn	30	56,76	1,8920
			90	170,28	1,8920
02404192	<i>Mylan-Tolterodine ER</i>	Mylan	30	14,73	➔ 0,4910
			100	49,11	➔ 0,4911
02413159	<i>Sandoz Tolterodine LA</i>	Sandoz	30	14,73	➔ 0,4910
			100	49,11	➔ 0,4911
02412209	<i>Teva-Tolterodine LA</i>	Teva Can	30	14,73	➔ 0,4910
			100	49,11	➔ 0,4911

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				1 mg PPB	
02369680	<i>Apo-Tolterodine</i>	Apotex	100	24,55 ➡	0,2455
02239064	<i>Detrol</i>	Upjohn	60	56,76	0,9460
02496836	<i>Jamp Tolterodine</i>	Jamp	60	14,73 ➡	0,2455
			100	24,55 ➡	0,2455
02423308	<i>Mint-Tolterodine</i>	Mint	100	24,55 ➡	0,2455
02299593	<i>Teva-Tolterodine</i>	Teva Can	60	14,73 ➡	0,2455

Co.				2 mg PPB	
02369699	<i>Apo-Tolterodine</i>	Apotex	100	24,55 ➡	0,2455
			500	122,75 ➡	0,2455
02239065	<i>Detrol</i>	Upjohn	60	56,76	0,9460
02496844	<i>Jamp Tolterodine</i>	Jamp	60	14,73 ➡	0,2455
			100	24,55 ➡	0,2455
02423316	<i>Mint-Tolterodine</i>	Mint	100	24,55 ➡	0,2455
02299607	<i>Teva-Tolterodine</i>	Teva Can	60	14,73 ➡	0,2455

86:16
RESPIRATOIRES
THÉOPHYLLINE 

Co. L.A.				100 mg	
00692689	<i>Theo LA</i>	AA Pharma	100	16,24	0,1624

Co. L.A.				200 mg	
00692697	<i>Theo LA</i>	AA Pharma	100	18,05	0,1805

Co. L.A.				400 mg	
02360101	<i>Theo ER</i>	AA Pharma	100	33,62	0,3362
* 02014165	<i>Uniphyl</i>	Elvium	50	16,81	R

Co. L.A.				600 mg	
02360128	<i>Theo ER</i>	AA Pharma	100	40,72	0,4072
* 02014181	<i>Uniphyl</i>	Elvium	50	20,36	R

Elix.				80 mg/15 mL	
00627410	<i>Théophylline</i>	Atlas	500 ml	1,76	0,0035

Elix. sans sucre				80 mg/15 mL	
00466409	<i>Pulmophylline</i>	Riva	500 ml	4,30	0,0086

Sol. sans Alcool				80 mg/15 mL	
01966219	<i>Théolair</i>	Valeant	500 ml	9,81	0,0196

88:00
VITAMINES

88:08 vitamines b
88:16 vitamines d
88:24 vitamines k
88:28 multivitamines

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

88:08
VITAMINES B
CYANOCOBALAMINE

Sol. Inj.			0,1 mg/mL		
02241500	<i>Vitamine B 12</i>	Sandoz	1 ml	1,45	

Sol. Inj.			1 mg/mL PPB		
01987003	<i>Cyanocobalamine</i>	Sterimax	10 ml	➡ 2,78	
02413795	<i>Cyanocobalamine Injectable, USP</i>	Mylan	10 ml	➡ 2,78	
02420147	<i>Jamp-Cyanocobalamin</i>	Jamp	10 ml	➡ 2,78	
00521515	<i>Vitamine B 12</i>	Sandoz	10 ml	3,06	
00626112	<i>Vitamine B12</i>	Oméga	10 ml	➡ 2,78	

FOLIQUE (ACIDE)

Co.			1 mg PPB		
80000695	<i>Euro-Folic</i>	Sandoz	100	1,49 ➡	0,0149
80053274	<i>Jamp-Folic Acid</i>	Jamp	500	7,45 ➡	0,0149
80061488	<i>M-Folique 1 mg</i>	Mantra Ph.	500	7,45 ➡	0,0149

FOLIQUE (ACIDE) 

Co.			5 mg PPB		
02285673	<i>Euro-Folic</i>	Sandoz	1000	19,80 ➡	0,0198
02366061	<i>Jamp-Acide Folique</i>	Jamp	1000	19,80 ➡	0,0198

FOLIQUE (ACIDE)

Sol. Inj.			5 mg/mL		
02139480	<i>Acide folique injectable, USP</i>	Fresenius	10 ml	16,40	

NIACINE

Co.			500 mg PPB		
00557412	<i>Jamp-Niacine</i>	Jamp	100	4,50 ➡	0,0450
			500	22,50 ➡	0,0450
01939130	<i>Niacine</i>	Odan	100	7,50	0,0750

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PYRIDOXINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.		25 mg PPB			
80002890	<i>Jamp Vitamine B6</i>	Jamp	1000	18,30	➔ 0,0183
80056458	<i>M-B6 25 mg</i>	Mantra Ph.	500	9,15	➔ 0,0183
80049803	<i>Opus Vitamine B6</i>	Opus	500	9,15	➔ 0,0183
			1000	18,30	➔ 0,0183

THIAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.		50 mg PPB			
02245506	<i>Euro-B1</i>	Sandoz	500	35,00	➔ 0,0700
80009633	<i>Jamp-Vitamine B1</i>	Jamp	500	35,00	➔ 0,0700
80054199	<i>M-B1 50 mg</i>	Mantra Ph.	500	35,00	➔ 0,0700
80049777	<i>Opus Vitamine B1</i>	Opus	500	35,00	➔ 0,0700

Co.		100 mg PPB			
80009588	<i>Jamp-Vitamine B1</i>	Jamp	500	64,68	➔ 0,1294
80054205	<i>M-B1 100 mg</i>	Mantra Ph.	500	64,68	➔ 0,1294
80049780	<i>Opus Vitamine B1</i>	Opus	500	64,68	➔ 0,1294

Sol. Inj.		100 mg/mL PPB			
02193221	<i>Thiamiject</i>	Oméga	10 ml	➔ 11,88	
02243525	<i>Thiamine</i>	Sterimax	10 ml	➔ 11,88	

88:16

VITAMINES D

ALFACALCIDOL 

Caps.		0,25 mcg			
00474517	<i>One-Alpha</i>	Leo	100	42,45	0,4245

Caps.		1 mcg			
00474525	<i>One-Alpha</i>	Leo	100	127,07	1,2707

Sol. Inj. I.V.		2 mcg/mL			
02242502	<i>One-Alpha</i>	Leo	0,5 ml	7,99	
			1 ml	15,98	

Sol. Orale		2 mcg/mL			
02240329	<i>One-Alpha</i>	Leo	20 ml	99,66	4,9830

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CALCITRIOL

Caps.		0,25 mcg PPB			
02495899	<i>Calcitriol Capsules</i>	Strides	100	23,41	➔ 0,2341
02431637	<i>Calcitriol-Odan</i>	Odan	30	10,61	➔ 0,3536
			100	23,41	➔ 0,2341
* 00481823	<i>Rocaltrol</i>	Search Phm	100	69,60	➔ 0,6960
02485710	<i>Taro-Calcitriol</i>	Taro	90	21,07	➔ 0,2341

Caps.		0,50 mcg PPB			
02495902	<i>Calcitriol Capsules</i>	Strides	100	37,23	➔ 0,3723
02431645	<i>Calcitriol-Odan</i>	Odan	30	16,87	➔ 0,5623
			100	37,23	➔ 0,3723
* 00481815	<i>Rocaltrol</i>	Search Phm	100	110,69	➔ 1,1069
02485729	<i>Taro-Calcitriol</i>	Taro	90	33,51	➔ 0,3723

CHOLÉCALCIFÉROL

Caps.		2 000 UI			
02442256	<i>Luxa-D</i>	Orimed	100	6,93	➔ 0,0693

Co. ou Caps.		10 000 UI PPB			
02498944	<i>AG-Vitamin D</i>	Angita	60	12,60	➔ 0,2100
00821772	<i>D-Tabs</i>	Riva	60	12,60	➔ 0,2100
			250	52,50	➔ 0,2100
02253178	<i>Euro D 10 000</i>	Sandoz	60	12,60	➔ 0,2100
02379007	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	60	12,60	➔ 0,2100
			500	105,00	➔ 0,2100
02449099	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	100	21,00	➔ 0,2100
02417685	<i>Vidextra</i>	Orimed	60	12,60	➔ 0,2100
02417995	<i>Vitamine D 10 000</i>	Pro Doc	60	12,60	➔ 0,2100
			250	52,50	➔ 0,2100

ERGOCALCIFÉROL

Caps.		50 000 U			
* 02237450	<i>D-Forte</i>	Sandoz	100	19,86	➔ 0,1986

Sol. Orale		8 288 UI/mL PPB			
80003615	<i>Erdol</i>	Odan	60 ml	➔ 12,80	
80020776	<i>Jamp-D2-Dol</i>	Jamp	60 ml	➔ 12,80	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VITAMINE D

Caps.			800 UI PPB		
80003010	<i>Euro D 800</i>	Sandoz	100	6,00	➔ 0,0600
80007769	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	500	30,00	➔ 0,0600
80039160	<i>Opus D-800</i>	Opus	500	30,00	➔ 0,0600

Caps. ou Co.			1 000 UI PPB		
80089250	<i>Bio-Vitamine D3</i>	Biomed	500	35,00	➔ 0,0700
80007766	<i>D-Gel-1000</i>	Jamp	500	35,00	➔ 0,0700
80003707	<i>Euro-D 1000</i>	Sandoz	500	35,00	➔ 0,0700
80055204	<i>M-D1000 Gel</i>	Mantra Ph.	500	35,00	➔ 0,0700
80027592	<i>Opus D-1000</i>	Opus	500	35,00	➔ 0,0700
80051562	<i>Riva-D 1000</i>	Riva	500	35,00	➔ 0,0700
80063899	<i>Vit D 1000 gel</i>	Altamed	500	35,00	➔ 0,0700
80068574	<i>Vitamin D3 Softgel</i>	Cellchem	100	7,00	➔ 0,0700

Co. ou Caps.			400 UI PPB		
80090840	<i>Bio-Vitamine D3 400</i>	Biomed	500	15,00	➔ 0,0300
02242651	<i>Euro D 400</i>	Sandoz	100	3,00	➔ 0,0300
			500	15,00	➔ 0,0300
80006629	<i>Jamp-Vitamine D (Caps.)</i>	Jamp	500	15,00	➔ 0,0300
02240624	<i>Jamp-Vitamine D (Co.)</i>	Jamp	500	15,00	➔ 0,0300
80055196	<i>M-D400 Gel</i>	Mantra Ph.	500	15,00	➔ 0,0300
80039163	<i>Opus D-400</i>	Opus	500	15,00	➔ 0,0300
80005560	<i>Riva-D</i>	Riva	100	3,00	➔ 0,0300
			500	15,00	➔ 0,0300
80063895	<i>Vit D 400 gel</i>	Altamed	500	15,00	➔ 0,0300

Sol. Orale			400 UI/dose PPB		
80001869	<i>Ddrops pour bébé</i>	D Drops	90 dose(s)	➔ 9,90	
00762881	<i>D-VI-SOL</i>	M.J.	50 dose(s)	➔ 5,50	
80019649	<i>Jamp-D3-Dol</i>	Jamp	90 dose(s)	➔ 9,90	
80003038	<i>Jamp-Vitamine D</i>	Jamp	50 dose(s)	➔ 5,50	
80004595	<i>PediaVIT D</i>	Exzell	50	➔ 5,50	
80077066	<i>Pediavit Vitamine D3</i>	Exzell	60 dose(s)	➔ 6,60	

88:24

VITAMINES K

PHYTONADIONE

Sol. Inj. I.M.			2 mg/mL		
00781878	<i>Vitamine K 1</i>	Sandoz	0,5 ml	5,30	

Sol. Inj. I.M.			10 mg/mL		
00804312	<i>Vitamine K 1</i>	Sandoz	1 ml	6,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

88:28

MULTIVITAMINES

VITAMINES A, D ET C

Sol. Orale

750 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80056252	<i>Pediavit Multi</i>	Exzell	50 ml	➡	9,36
00762903	<i>Tri-Vi-Sol</i>	M.J.	50 ml	➡	9,36

Sol. Orale

1 500 U -400 U -30 mg/mL **PPB**

80008471	<i>Jamp-Vitamines A-D-C</i>	Jamp	50 ml	➡	9,36
02229790	<i>Pediavit</i>	Euro-Pharm	50 ml	➡	9,36

92:00

AUTRES MÉDICAMENTS

- 92:00.02 autres divers
- 92:08 Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase**
- 92:12 Antidotes**
- 92:16 Antigoutteux**
- 92:24 Inhibiteurs de la résorption osseuse**
- 92:28 Agents cariostatiques**
- 92:36 Antirhumatismaux modificateurs de la maladie**
- 92:44 Immunosuppresseurs**
- 92:92 Autres agents thérapeutiques**

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:00

AUTRES MÉDICAMENTS

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS D')

Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
99101105	<i>Monovalent</i>	Allergo	1	245,00	
99101113	<i>Polyvalent</i>	Allergo	1	245,00	

Sol. Inj.			Ensemble de traitement (10 mL)		
99101106	<i>Monovalent</i>	Allergo	4	245,00	
99101114	<i>Polyvalent</i>	Allergo	4	245,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS NON NORMALISÉS ET NORMALISÉS D')

Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
99101124	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	1	245,00	

Sol. Inj.			Ensemble de traitement (10 mL)		
99101125	<i>Polyvalent-Pollens non stand.-Acariens stand.</i>	Allergo	4	245,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS AQUEUX GLYCÉRINÉS NORMALISÉS D')

Sol. Inj.			Doses d'entretien (10 mL)		
02247757	<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	1	265,00	
99101107	<i>Monovalent standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99100062	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	265,00	
99101109	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99100063	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	1	265,00	
99101111	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
02247754	<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	1	265,00	
99100067	<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	1	265,00	
99100068	<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	1	265,00	
99100066	<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	1	265,00	
99101118	<i>Polyvalent standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99100064	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	265,00	
99101120	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99100065	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	1	265,00	
99101122	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	1	245,00	
99101115	<i>Polyvalent-Pollens-Acariens standardisé</i>	Allergo	1	245,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.		Ensemble de traitement (10 mL)			
99100074	<i>Monovalent non-Pollen</i>	Oméga	4	265,00	
99101108	<i>Monovalent standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100061	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	265,00	
99101110	<i>Monovalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100073	<i>Monovalent-Chat</i>	Oméga	3	265,00	
99101112	<i>Monovalent-Chat standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100075	<i>Monovalent-Pollen</i>	Oméga	4	265,00	
99100079	<i>Polyvalent - Pollen</i>	Oméga	4	265,00	
99100080	<i>Polyvalent - Pollens - Acariens</i>	Oméga	4	265,00	
99100078	<i>Polyvalent non-Pollen</i>	Oméga	4	265,00	
99101117	<i>Polyvalent Pollens Acariens standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99101119	<i>Polyvalent standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100076	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	265,00	
99101121	<i>Polyvalent-Acariens standardisé</i>	Allergo	4	245,00	
99100077	<i>Polyvalent-Chat</i>	Oméga	4	265,00	
99101123	<i>Polyvalent-Chats standardisé</i>	Allergo	4	245,00	

ALLERGÈNES (EXTRAITS PRÉCIPITÉS À L'ALUN)

Sol. Inj.		Doses d'entretien (5 mL)			
99101143	<i>Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101147	<i>Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101149	<i>Présaisonnier - Herbes à poux</i>	Allergo	1	265,00	
99101141	<i>Présaisonnier- Arbres</i>	Allergo	1	265,00	
99101151	<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
99101155	<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Allergo	3	265,00	88,3333
99100070	<i>Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux</i>	Oméga	3	278,00	92,6667
99100071	<i>Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux</i>	Oméga	3	278,00	92,6667
99100072	<i>Présaisonnier- Herbe à poux</i>	Oméga	3	278,00	92,6667
99101145	<i>Présaisonnier-Graminées</i>	Allergo	1	265,00	
00889784	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
00889792	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
00861367	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
00861375	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj.		Doses d'entretien (10 mL)			
00908614	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
00889814	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	1	278,00	
00861332	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	1	278,00	
00861359	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	1	278,00	

Sol. Inj.		Ensemble de traitement (5 mL)			
99101144	<i>Présaisonnier - Arbres, Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	3	265,00	
99101148	<i>Présaisonnier - Graminées et Herbes à poux</i>	Allergo	3	265,00	
99101150	<i>Présaisonnier - Herbes à poux</i>	Allergo	3	265,00	
99101142	<i>Présaisonnier- Arbres</i>	Allergo	3	265,00	
99101153	<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Allergo	3	265,00	
99101146	<i>Présaisonnier-Graminées</i>	Allergo	3	265,00	
00889822	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
99000458	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
00861286	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	3	278,00	
00861405	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	3	278,00	

Sol. Inj.		Ensemble de traitement (8 mL)			
00896942	<i>Présaisonnier- Arbres</i>	Oméga	1	278,00	
99100625	<i>Présaisonnier- Arbres et Graminées</i>	Oméga	1	278,00	278,0000
99100083	<i>Présaisonnier- Arbres, Graminées, Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	
99100082	<i>Présaisonnier- Graminées et Herbe à poux</i>	Oméga	1	278,00	278,0000
00896934	<i>Présaisonnier- Graminées</i>	Oméga	1	278,00	
00896950	<i>Présaisonnier- Herbes-à-poux</i>	Oméga	1	278,00	

Sol. Inj.		Ensemble de traitement (10 mL)			
00889849	<i>Suspal- Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
00889857	<i>Suspal- Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	278,00	
00861308	<i>Suspal-Monovalent</i>	Oméga	3	278,00	
00861316	<i>Suspal-Polyvalent</i>	Oméga	3	278,00	

ALLERGÈNES(EXTRAITS AQUEUX D')

Sol. Inj.		Doses d'entretien (5 mL)			
00861170	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	265,00	
99000415	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	265,00	
00861189	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	265,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. Doses d'entretien (10 mL)					
00861227	<i>Monovalent</i>	Oméga	1	265,00	
99000431	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	1	265,00	
00861251	<i>Polyvalent</i>	Oméga	1	265,00	

Sol. Inj. Ensemble de traitement (5 mL)					
00861073	<i>Monovalent</i>	Oméga	3	265,00	
00889733	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	265,00	
00861081	<i>Polyvalent</i>	Oméga	3	265,00	
00889741	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	265,00	

Sol. Inj. Ensemble de traitement (10 mL)					
00861138	<i>Monovalent</i>	Oméga	3	265,00	
00889768	<i>Monovalent-Acariens</i>	Oméga	3	265,00	
00861162	<i>Polyvalent</i>	Oméga	3	265,00	
00889776	<i>Polyvalent-Acariens</i>	Oméga	3	265,00	

DILUANT À L'ALBUMINE

Sol. 0,03 %					
02283735	<i>Diluant albumine</i>	ALK-Abello	4,5 ml 9 ml	1,82 2,04	

PROTÉINES DE VENIN D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj. 1,1 mg					
99100225	<i>Abeille domestique</i>	ALK-Abello	1	350,00	
99100226	<i>Frelon à tête blanche</i>	ALK-Abello	1	350,00	
01948997	<i>Frelon a tête blanche (Dolichovespula Maculata)</i>	Allergy	1	220,00	
99100227	<i>Frelon Jaune</i>	ALK-Abello	1	350,00	
01948938	<i>Frelon jaune (Dolichovespula Arenaria)</i>	Allergy	1	220,00	
99100228	<i>Guêpe de l'est</i>	ALK-Abello	1	350,00	
01948954	<i>Guêpe jaune (Vespula Spp.)</i>	Allergy	1	220,00	
99100229	<i>Guêpe poliste</i>	ALK-Abello	1	350,00	
01948903	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Allergy	1	174,00	

Pd. Inj. 1,3 mg					
99100017	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	1	634,40	
99100018	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	1	634,40	

Pd. Inj. 3,3 mg					
99100230	<i>Vespidés combinés</i>	ALK-Abello	1	625,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pd. Inj.				3,9 mg	
99100026	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	1	1122,40	

Pd. Inj.				120 mcg	
99004038	<i>Frelon à tête blanche</i>	ALK-Abello	6	160,05	26,6750
01949004	<i>Frelon à tête blanche</i>	Allergy	6	140,00	23,3333
99100270	<i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99004011	<i>Frelon Jaune</i>	ALK-Abello	6	160,05	26,6750
01948946	<i>Frelon jaune (Dolichovespula Arenaria)</i>	Allergy	6	140,00	23,3333
99004046	<i>Guêpe</i>	ALK-Abello	6	171,79	28,6317
01948989	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Allergy	6	148,00	24,6667
99100278	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99100279	<i>Guêpe à taches blanches dolichovespula maculata</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99100280	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333
99004054	<i>Guêpe jaune</i>	ALK-Abello	6	162,19	27,0317
01948962	<i>Guêpe jaune (Vespula Spp.)</i>	Allergy	6	140,00	23,3333
99004062	<i>Venin d'abeille</i>	ALK-Abello	6	119,51	19,9183
01948911	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Allergy	6	105,00	17,5000

Pd. Inj.				360 mcg	
99004070	<i>Vespidés combinés</i>	ALK-Abello	6	308,37	51,3950
01948881	<i>Vespidés combinés</i>	Allergy	6	260,00	43,3333
99100281	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	6	741,76	123,6267

Pd. Inj.				550 mcg	
99100266	<i>Frelon à tête blanche</i>	Oméga	1	317,20	
99100267	<i>Frelon à tête jaune</i>	Oméga	1	317,20	
99100268	<i>Guêpe (Polistes Spp.)</i>	Oméga	1	317,20	
99100269	<i>Guêpe de l'est (vespula maculifrons)</i>	Oméga	1	317,20	
99100282	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	317,20	

Pd. Inj.				1 650 mcg	
99100284	<i>Vespidés combinés</i>	Oméga	1	561,20	

VENINS D'HYMÉNOPTÈRES

Pd. Inj.				1,3 mg	
99100021	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	1	634,40	

Pd. Inj.				120 mcg	
00541435	<i>Venin d'abeille (apis mellifera)</i>	Oméga	6	414,80	69,1333

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:00.02

AUTRES DIVERS

ZINC (OXYDE DE) ICHTHAMMOL

Band.

7,5 cm X 6 m

01948466	<i>Ichthopaste</i>	S. & N.	1	7,02	
----------	--------------------	---------	---	------	--

92:08

INHIBITEURS DE LA 5-ALPHA-RÉDUCTASE

DUTASTÉRIDE 

Caps.

0,5 mg **PPB**

02412691	<i>ACT Dutasteride</i>	ActavisPhm	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027
02485672	<i>AG-Dutasteride</i>	Angita	90	27,24		R
02404206	<i>Apo-Dutasteride</i>	Apotex	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027
02469308	<i>Auro-Dutasteride</i>	Aurobindo	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027
02247813	<i>Avodart</i>	GSK	30	48,12		1,6040
02421712	<i>Dutasteride</i>	Pro Doc	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027
02443058	<i>Dutasteride</i>	Sanis	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027
02429012	<i>Dutasteride</i>	Sivem	30	9,08	➔	0,3027
02484870	<i>Jamp-Dutasteride</i>	Jamp	30	9,08	➔	0,3027
			90	27,24	➔	0,3027
02416298	<i>Med-Dutasteride</i>	GMP	30	9,08	➔	0,3027
			90	27,24	➔	0,3027
02428873	<i>Mint-Dutasteride</i>	Mint	30	9,08	➔	0,3027
02393220	<i>pms-Dutasteride</i>	Phmscience	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027
02490587	<i>Priva-Dutasteride</i>	Pharmapar	30	9,08	➔	0,3027
02427753	<i>Riva-Dutasteride</i>	Riva	30	9,08	➔	0,3027
			90	27,24	➔	0,3027
02424444	<i>Sandoz Dutasteride</i>	Sandoz	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027
02408287	<i>Teva-Dutasteride</i>	Teva Can	30	9,08	➔	0,3027
			100	30,27	➔	0,3027

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FINASTÉRIDE

Co.

 5 mg **PPB**

02354462	<i>ACT Finasteride</i>	ActavisPhm	30	12,41	➔	0,4138
02374404	<i>AG-Finasteride</i>	Angita	100	41,38	➔	0,4138
02365383	<i>Apo-Finasteride</i>	Apotex	30	12,41	➔	0,4138
02405814	<i>Auro-Finasteride</i>	Aurobindo	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02355043	<i>Finasteride</i>	Accord	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02350270	<i>Finasteride</i>	Pro Doc	30	12,41	➔	0,4138
02445077	<i>Finasteride</i>	Sanis	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02447541	<i>Finasteride</i>	Sivem	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02357224	<i>Jamp-Finasteride</i>	Jamp	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02389878	<i>Mint-Finasteride</i>	Mint	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02348500	<i>Novo-Finasteride</i>	Teva Can	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02310112	<i>pms-Finasteride</i>	Phmscience	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02010909	<i>Proscar</i>	Merck	30	53,98		1,7993
02371820	<i>Ran-Finasteride</i>	Ranbaxy	30	12,41	➔	0,4138
02306905	<i>ratio-Finasteride</i>	Ratiopharm	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02455013	<i>Riva-Finasteride</i>	Riva	30	12,41	➔	0,4138
			100	41,38	➔	0,4138
02322579	<i>Sandoz Finasteride</i>	Sandoz	30	12,41	➔	0,4138
			500	206,90	➔	0,4138
02428741	<i>VAN-Finasteride</i>	Vanc Phm	100	41,38	➔	0,4138

92:12
ANTIDOTES
FOLINIQUE (ACIDE)

Co.

 5 mg **PPB**

02170493	<i>Leucovorin</i>	Pfizer	24	139,75		5,8229
			100	557,93		5,5793
02496828	<i>Mint-Leucovorin</i>	Mint	100	367,76	➔	3,6776
02493357	<i>Riva Leucovorin</i>	Riva	24	132,39	➔	5,5164

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:16

ANTIGOUTTEUX

ALLOPURINOL 

Co.

100 mg **PPB**

00555681	<i>Allopurinol-100</i>	Pro Doc	100	7,80	➔	0,0780
			1000	78,00	➔	0,0780
02402769	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	7,80	➔	0,0780
			1000	78,00	➔	0,0780
02421593	<i>Jamp-Allopurinol</i>	Jamp	100	7,80	➔	0,0780
			1000	78,00	➔	0,0780
02396327	<i>Mar-Allopurinol</i>	Marcan	100	7,80	➔	0,0780
			1000	78,00	➔	0,0780
00402818	<i>Zyloprim</i>	AA Pharma	100	7,80	➔	0,0780
			1000	78,00	➔	0,0780

Co.

200 mg **PPB**

02130157	<i>Allopurinol-200</i>	Pro Doc	100	13,00	➔	0,1300
			500	65,00	➔	0,1300
02402777	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	13,00	➔	0,1300
			500	65,00	➔	0,1300
02421607	<i>Jamp-Allopurinol</i>	Jamp	100	13,00	➔	0,1300
			500	65,00	➔	0,1300
02396335	<i>Mar-Allopurinol</i>	Marcan	100	13,00	➔	0,1300
			500	65,00	➔	0,1300
00479799	<i>Zyloprim</i>	AA Pharma	100	13,00	➔	0,1300
			500	65,00	➔	0,1300

Co.

300 mg **PPB**

00555703	<i>Allopurinol-300</i>	Pro Doc	100	21,25	➔	0,2125
			500	106,25	➔	0,2125
02402785	<i>Apo-Allopurinol</i>	Apotex	100	21,25	➔	0,2125
			500	106,25	➔	0,2125
02421615	<i>Jamp-Allopurinol</i>	Jamp	100	21,25	➔	0,2125
			500	106,25	➔	0,2125
02396343	<i>Mar-Allopurinol</i>	Marcan	100	21,25	➔	0,2125
			500	106,25	➔	0,2125
00402796	<i>Zyloprim</i>	AA Pharma	100	21,25	➔	0,2125
			500	106,25	➔	0,2125

COLCHICINE 

Co.

0,6 mg **PPB**

00572349	<i>Colchicine</i>	Odan	100	25,65	➔	0,2565
			500	128,25	➔	0,2565
02373823	<i>Jamp-Colchicine</i>	Jamp	100	25,65	➔	0,2565
			500	128,25	➔	0,2565
02402181	<i>pms-Colchicine</i>	Phmscience	100	25,65	➔	0,2565
00287873	<i>Sandoz Colchicine</i>	Sandoz	100	25,65	➔	0,2565

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

92:24

INHIBITEURS DE LA RÉSORPTION OSSEUSE

ALENDRONATE MONOSODIQUE 

Co.

5 mg **PPB**

02381478	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	28	21,33	➔	0,7617
02248727	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	30	22,85	➔	0,7617
			100	76,18	➔	0,7618
02384698	<i>Ran-Alendronate</i>	Ranbaxy	28	21,33	➔	0,7617
02248251	<i>Teva-Alendronate</i>	Teva Can	30	22,85	➔	0,7617
			100	76,18	➔	0,7618
02428717	<i>VAN-Alendronate</i>	Vanc Phm	28	21,33	➔	0,7617

Co.

10 mg **PPB**

02381486	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	28	12,06	➔	0,4308
02248728	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	30	12,92	➔	0,4308
			100	43,08	➔	0,4308
02388545	<i>Auro-Alendronate</i>	Aurobindo	100	43,08	➔	0,4308
02394863	<i>Mint-Alendronate</i>	Mint	28	12,06	➔	0,4308
02384701	<i>Ran-Alendronate</i>	Ranbaxy	28	12,06	➔	0,4308
02288087	<i>Sandoz Alendronate</i>	Sandoz	30	12,92	➔	0,4308
			90	38,77	➔	0,4308
02247373	<i>Teva-Alendronate</i>	Teva Can	30	12,92	➔	0,4308
			100	43,08	➔	0,4308
02428725	<i>VAN-Alendronate</i>	Vanc Phm	28	12,06	➔	0,4308

Co.

40 mg

02258102	<i>ACT Alendronate</i>	ActavisPhm	30	65,84		2,1947
----------	------------------------	------------	----	-------	--	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			70 mg PPB		
02258110	<i>ACT Alendronate</i>	ActavisPhm	4 100	8,41 210,14	➔ ➔ 2,1014
02485184	<i>AG-Alendronate</i>	Angita	4	8,41	➔ 2,1014
02352966	<i>Alendronate</i>	Sanis	4 50	8,41 105,07	➔ ➔ 2,1014
02299712	<i>Alendronate</i>	Sivem	4 50	8,41 105,07	➔ ➔ 2,1014
02381494	<i>Alendronate monosodique</i>	Accord	4	8,41	➔ 2,1014
02303078	<i>Alendronate-70</i>	Pro Doc	4	8,41	➔ 2,1014
02248730	<i>Apo-Alendronate</i>	Apotex	4 100	8,41 210,14	➔ ➔ 2,1014
02388553	<i>Auro-Alendronate</i>	Aurobindo	4	8,41	➔ 2,1014
02245329	<i>Fosamax</i>	Merck	4	38,62	9,6550
02385031	<i>Jamp-Alendronate</i>	Jamp	4	8,41	➔ 2,1014
02394871	<i>Mint-Alendronate</i>	Mint	4	8,41	➔ 2,1014
02261715	<i>Novo-Alendronate</i>	Novopharm	4 50	8,41 105,07	➔ ➔ 2,1014
02284006	<i>pms-Alendronate FC</i>	Phmscience	4 30	8,41 63,04	➔ ➔ 2,1014
02384728	<i>Ran-Alendronate</i>	Ranbaxy	4	8,41	➔ 2,1014
02270889	<i>Riva-Alendronate</i>	Riva	4 50	8,41 105,07	➔ ➔ 2,1014
02288109	<i>Sandoz Alendronate</i>	Sandoz	4 30	8,41 63,04	➔ ➔ 2,1014
02428733	<i>VAN-Alendronate</i>	Vanc Phm	4	8,41	➔ 2,1014

ALENDRONATE/CHOLÉCALCIFÉROL

Co.			70 mg - 140 mcg (5 600 UI) PPB		
02454475	<i>Apo-Alendronate/Vitamin D3</i>	Apotex	4	4,87	➔ 1,2174
02314940	<i>Fosavance</i>	Merck	4	18,17	4,5425
02429160	<i>Sandoz Alendronate/ Cholecalciferol</i>	Sandoz	4	4,87	➔ 1,2174
02403641	<i>Teva-Alendronate/ Cholecalciferol</i>	Teva Can	4	4,87	➔ 1,2174

CLODRONATE DISODIQUE

Caps.			400 mg		
02245828	<i>Clasteon</i>	Sunovion	120	145,00	1,2083

ÉTIDRONATE DISODIQUE

Co.			200 mg		
02248686	<i>ACT Etidronate</i>	ActavisPhm	100	35,68	0,3568

ÉTIDRONATE DISODIQUE/ CALCIUM (CARBONATE DE)

Co.			400 mg - Ca+500 mg (14 co. - 76 co.) PPB		
02263866	<i>Co Etidrocal</i>	Cobalt	90	19,99	➔ 0,2221
02176017	<i>Didrocal</i>	Warner	90	40,50	0,4500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PAMIDRONATE DISODIQUE 

Sol. Perf. I.V.

30 mg **PPB**

02244550	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	1	➡ 30,32	
02246597	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	Fresenius	1	➡ 30,32	
02249669	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	➡ 30,32	

Sol. Perf. I.V.

60 mg **PPB**

02244551	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	1	➡ 90,36	
02246598	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	Fresenius	1	➡ 90,36	
02249677	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	➡ 90,36	

Sol. Perf. I.V.

90 mg **PPB**

02244552	<i>Pamidronate Disodique pour injection</i>	Pfizer	1	➡ 90,95	
02246599	<i>Pamidronate Disodium Injection</i>	Fresenius	1	➡ 90,95	
02249685	<i>Pamidronate Disodium Omega</i>	Oméga	1	➡ 90,95	

RISÉDRONATE SODIQUE 

Co.

5 mg **PPB**

02242518	<i>Actonel</i>	Warner	28	51,00	1,8214
02298376	<i>Teva-Risedronate</i>	Teva Can	30	31,58 ➡	1,0527

Co.

30 mg

02298384	<i>Novo-Risedronate</i>	Novopharm	30	177,00	5,9000
----------	-------------------------	-----------	----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			35 mg PPB		
02246896	<i>Actonel</i>	Warner	4	39,05	9,7625
02353687	<i>Apo-Risedronate</i>	Apotex	4	7,91	➔ 1,9787
02406306	<i>Auro-Risedronate</i>	Aurobindo	4	7,91	➔ 1,9787
			28	55,40	➔ 1,9787
02368552	<i>Jamp-Risedronate</i>	Jamp	4	7,91	➔ 1,9787
02298392	<i>Novo-Risedronate</i>	Novopharm	4	7,91	➔ 1,9787
			30	59,36	➔ 1,9787
02302209	<i>pms-Risedronate</i>	Phmscience	4	7,91	➔ 1,9787
			30	59,36	➔ 1,9787
02319861	<i>ratio-Risedronate</i>	Ratiopharm	4	7,91	➔ 1,9787
02347474	<i>Risedronate</i>	Pro Doc	4	7,91	➔ 1,9787
02370255	<i>Risedronate</i>	Sanis	4	7,91	➔ 1,9787
02411407	<i>Risedronate-35</i>	Sivem	4	7,91	➔ 1,9787
			30	59,36	➔ 1,9787
02341077	<i>Riva-Risedronate</i>	Riva	4	7,91	➔ 1,9787
			30	59,36	➔ 1,9787
02327295	<i>Sandoz Risedronate</i>	Sandoz	4	7,91	➔ 1,9787
			30	59,36	➔ 1,9787

RISÉDRONATE SODIQUE/ CALCIUM (CARBONATE DE) 

Co.			35 mg - Ca+500 mg (4 co. - 24 co.)		
02279657	<i>Actonel Plus Calcium</i>	Warner	28	36,22	1,2936

92:28

AGENTS CARIOSTATIQUES

FLUORURE DE SODIUM

Co. Croq.			2,2 mg (F-1 mg)		
00575569	<i>Fluor-A-Day</i>	Phmscience	120	6,09	0,0508

92:36

ANTIRHUMATISMAUX MODIFICATEURS DE LA MALADIE

LÉFLUNOMIDE 

Co.			10 mg PPB		
02256495	<i>Apo-Leflunomide</i>	Apotex	30	79,30	➔ 2,6433
02241888	<i>Arava</i>	SanofiAven	30	299,70	9,9900
02415828	<i>Leflunomide</i>	Pro Doc	30	79,30	➔ 2,6433
02351668	<i>Leflunomide</i>	Sanis	30	79,30	➔ 2,6433
02261251	<i>Novo-Leflunomide</i>	Novopharm	30	79,30	➔ 2,6433
			100	264,33	➔ 2,6433
02288265	<i>pms-Leflunomide</i>	Phmscience	30	79,30	➔ 2,6433
02283964	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	79,30	➔ 2,6433

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			20 mg PPB		
02256509	<i>Apo-Leflunomide</i>	Apotex	30	79,30	➔ 2,6433
02241889	<i>Arava</i>	SanofiAven	30	304,24	10,1413
02415836	<i>Leflunomide</i>	Pro Doc	30	79,30	➔ 2,6433
02351676	<i>Leflunomide</i>	Sanis	30	79,30	➔ 2,6433
02261278	<i>Novo-Leflunomide</i>	Novopharm	30	79,30	➔ 2,6433
			100	264,33	➔ 2,6433
02288273	<i>pms-Leflunomide</i>	Phmscience	30	79,30	➔ 2,6433
02283972	<i>Sandoz Leflunomide</i>	Sandoz	30	79,30	➔ 2,6433

92:44

IMMUNOSUPPRESSEURS

AZATHIOPRINE

Co.			50 mg PPB		
02242907	<i>Apo-Azathioprine</i>	Apotex	100	24,05	➔ 0,2405
02243371	<i>Azathioprine-50</i>	Pro Doc	100	24,05	➔ 0,2405
00004596	<i>Imuran</i>	Aspen	100	94,53	0,9453
02236819	<i>Teva-Azathioprine</i>	Teva Can	100	24,05	➔ 0,2405
			500	120,23	➔ 0,2405

CYCLOSPORINE

Caps.			10 mg		
02237671	<i>Neoral</i>	Novartis	60	37,43	0,6238

Caps.			25 mg		
02150689	<i>Neoral</i>	Novartis	30	43,50	1,4500
02247073	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	29,85	0,9950

Caps.			50 mg		
02150662	<i>Neoral</i>	Novartis	30	84,81	2,8270
02247074	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	58,20	1,9400

Caps.			100 mg		
02150670	<i>Neoral</i>	Novartis	30	169,68	5,6560
02242821	<i>Sandoz Cyclosporine</i>	Sandoz	30	116,44	3,8813

Sol. Orale			100 mg/mL		
02150697	<i>Neoral</i>	Novartis	50 ml	251,38	5,0276

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MYCOPHÉNOLATE MOFÉTIL

Caps.

250 mg **PPB**

02352559	<i>Apo-Mycophenolate</i>	Apotex	100	37,12	➔ 0,3712
02192748	<i>Cellcept</i>	Roche	100	206,20	2,0620
02386399	<i>Jamp-Mycophenolate</i>	Jamp	100	37,12	➔ 0,3712
02383780	<i>Mofétilmycophénolate</i>	Accord	100	37,12	➔ 0,3712
02457369	<i>Mycophenolate Mofetil</i>	Sanis	100	37,12	➔ 0,3712
02364883	<i>Novo-Mycophenolate</i>	Teva Can	100	37,12	➔ 0,3712
02320630	<i>Sandoz Mycophenolate Mofetil</i>	Sandoz	50	18,56	➔ 0,3712
			100	37,12	➔ 0,3712
02433680	<i>VAN-Mycophenolate</i>	Vanc Phm	100	37,12	➔ 0,3712

Co.

500 mg **PPB**

02352567	<i>Apo-Mycophenolate</i>	Apotex	50	37,12	➔ 0,7423
02237484	<i>Cellcept</i>	Roche	50	206,20	4,1240
02379996	<i>Co Mycophenolate</i>	Cobalt	50	37,12	➔ 0,7423
02380382	<i>Jamp-Mycophenolate</i>	Jamp	50	37,12	➔ 0,7423
02378574	<i>Mofétilmycophénolate</i>	Accord	50	37,12	➔ 0,7423
02457377	<i>Mycophenolate Mofetil</i>	Sanis	50	37,12	➔ 0,7423
02348675	<i>Novo-Mycophenolate</i>	Teva Can	50	37,12	➔ 0,7423
02389754	<i>Ran-Mycophenolate</i>	Ranbaxy	50	37,12	➔ 0,7423
			100	74,23	➔ 0,7423
02313855	<i>Sandoz Mycophenolate Mofetil</i>	Sandoz	50	37,12	➔ 0,7423
02432625	<i>VAN-Mycophenolate</i>	Vanc Phm	50	37,12	➔ 0,7423

Susp. Orale

200 mg/mL

02242145	<i>Cellcept</i>	Roche	175 ml	288,68	
----------	-----------------	-------	--------	--------	--

MYCOPHÉNOLATE SODIQUE

Co. Ent.

180 mg **PPB**

02372738	<i>Apo-Mycophenolic Acid</i>	Apotex	120	179,80	➔ 1,4983
+ 02511673	<i>Mar-Mycophenolic Acid</i>	Marcan	120	179,80	➔ 1,4983
02264560	<i>Myfortic</i>	Novartis	120	239,72	1,9977

Co. Ent.

360 mg **PPB**

02372746	<i>Apo-Mycophenolic Acid</i>	Apotex	120	359,58	➔ 2,9965
+ 02511681	<i>Mar-Mycophenolic Acid</i>	Marcan	120	359,58	➔ 2,9965
02264579	<i>Myfortic</i>	Novartis	120	479,44	3,9953

SIROLIMUS

Co.

1 mg

02247111	<i>Rapamune</i>	Pfizer	100	751,96	7,5196
----------	-----------------	--------	-----	--------	--------

Sol. Orale

1 mg/mL

02243237	<i>Rapamune</i>	Pfizer	60 ml	451,16	7,5193
----------	-----------------	--------	-------	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TACROLIMUS

Caps.				0,5 mg PPB	
02243144	<i>Prograf</i>	Astellas	100	197,00	1,9700
02416816	<i>Sandoz Tacrolimus</i>	Sandoz	100	147,75 ➔	1,4775

Caps.				1 mg PPB	
02175991	<i>Prograf</i>	Astellas	100	249,95	2,4995
02416824	<i>Sandoz Tacrolimus</i>	Sandoz	100	189,00 ➔	1,8900

Caps.				5 mg PPB	
02175983	<i>Prograf</i>	Astellas	100	1249,85	12,4985
02416832	<i>Sandoz Tacrolimus</i>	Sandoz	100	946,50 ➔	9,4650

Caps. L.A.				0,5 mg	
02296462	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	98,50	1,9700

Caps. L.A.				1 mg	
02296470	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	124,97	2,4994

Caps. L.A.				3 mg	
02331667	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	374,91	7,4982

Caps. L.A.				5 mg	
02296489	<i>Advagraf</i>	Astellas	50	624,92	12,4984

92:92 AUTRES AGENTS THÉRAPEUTIQUES

BÉTAÏNE (ANHYDRE)

Pd. Orale				1 g/1,7 mL	
02238526	<i>Cystadane</i>	RRDC	180 g	839,93	

BUPROPION (CHLORHYDRATE DE)

CO L.A.				150 mg	
02238441	<i>Zyban⁴</i>	Valeant	100	84,86	0,8486

4 La durée du remboursement d'un traitement antitabagique avec ce médicament est limitée à 12 semaines consécutives par période de 12 mois.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CYPROTÉRONE (ACÉTATE DE) 

Co.		50 mg PPB			
00704431	<i>Androcur</i>	Bayer	60	84,00	➔ 1,4000
02245898	<i>Cyprotérone</i>	AA Pharma	100	140,00	➔ 1,4000
02390760	<i>Med-Cyproterone</i>	GMP	60	84,00	➔ 1,4000
			100	140,00	➔ 1,4000
02395797	<i>Riva-Cyproterone</i>	Riva	60	84,00	➔ 1,4000

Pd. Inj. I.M.		100 mg/mL			
00704423	<i>Androcur Dépôt</i>	Bayer	3 ml	78,85	

LACTOSE

Co.		100 mg			
00501190	<i>Placébo</i>	Odan	100	14,95	0,1495

LANRÉOTIDE (ACÉTATE DE) 

Sol. Inj. S.C. (ser)		60 mg/0,3 mL			
02283395	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	1	1102,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)		90 mg/0,3 mL			
02283409	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	1	1470,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)		120 mg/0,5 mL			
02283417	<i>Somatuline Autogel</i>	Ipsen	1	1840,00	

OCTRÉOTIDE (ACÉTATE D') 

Sol. Inj.		50 mcg/mL PPB			
02248639	<i>Octréotide Acétate Oméga</i>	Oméga	1 ml	➔ 1,75	
00839191	<i>Sandostatin</i>	Novartis	1 ml	5,05	

Sol. Inj.		100 mcg/mL PPB			
02248640	<i>Octréotide Acétate Oméga</i>	Oméga	1 ml	➔ 3,30	
00839205	<i>Sandostatin</i>	Novartis	1 ml	9,54	

Sol. Inj.		200 mcg/mL PPB			
02248642	<i>Octréotide Acétate Oméga</i>	Oméga	5 ml	➔ 31,71	
02049392	<i>Sandostatin</i>	Novartis	5 ml	91,75	

Sol. Inj.		500 mcg /mL			
02248641	<i>Octréotide Acétate Oméga</i>	Oméga	1 ml	15,49	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Inj. I.M.				10 mg	
02239323	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1	1211,00	
Susp. Inj. I.M.				20 mg	
02239324	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1	1615,40	
Susp. Inj. I.M.				30 mg	
02239325	<i>Sandostatin LAR</i>	Novartis	1	2022,00	
PENTOSAN SODIQUE (POLYSULFATE DE) 					
Caps.				100 mg	
02029448	<i>Elmiron</i>	Janss. Inc	100	131,40	1,3140
QUINAGOLIDE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co.				150 mcg	
02223775	<i>Norprolac</i>	Ferring	30	48,90	1,6300

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MÉDICAMENTS D'EXCEPTION

ABATACEPT

Pd. Perf. I.V.

			250 mg		
02282097	Orencia	B.M.S.	1	459,61	

Sol. Inj. S.C. (ser)

			125 mg/mL (1 mL)		
02402475	Orencia	B.M.S.	4	1378,83	344,7075

ABIRATÉRONE (ACÉTATE D')

Co.

			250 mg PPB		
* 02491397	<i>Apo-Abiraterone</i>	Apotex	60	459,38	➔ 7,6563
+ 02502305	<i>Jamp Abiraterone</i>	Jamp	120	918,76	➔ 7,6563
* 02503980	<i>Mar-Abiraterone</i>	Marcan	120	918,76	➔ 7,6563
+ 02494132	<i>Nat-Abiraterone</i>	Natco	120	918,76	➔ 7,6563
* 02492601	<i>pms-Abiraterone</i>	Phmscience	120	918,76	➔ 7,6563
+ 02477114	<i>Reddy-Abiraterone</i>	Dr Reddy's	120	918,76	➔ 7,6563
* 02486393	<i>Sandoz Abiraterone</i>	Sandoz	120	918,76	➔ 7,6563
02371065	<i>Zytiga</i>	Janss. Inc	120	3400,00	28,3333

Co.

			500 mg PPB		
02491400	<i>Apo-Abiraterone</i>	Apotex	60	918,75	➔ 15,3125
02503999	<i>Mar-Abiraterone</i>	Marcan	60	918,75	➔ 15,3125
02501503	<i>pms-Abiraterone</i>	Phmscience	60	918,75	➔ 15,3125
02457113	<i>Zytiga</i>	Janss. Inc	60	3400,00	56,6667

ABOBOTULINUMTOXINA

Pd. Inj. I.M.

			300 U		
02460203	<i>Dysport Therapeutic</i>	Ipsen	1	385,56	

Pd. Inj. I.M.

			500 U		
02456117	<i>Dysport Therapeutic</i>	Ipsen	1	642,60	

ACAMPROSATE

Co. L.A.

			333 mg		
02293269	<i>Campral</i>	Mylan	84	67,20	0,8000

ACIDE OBÉTICHOLOQUE

Co.

			5 mg		
02463121	<i>Ocaliva</i>	Intercept	30	2958,90	98,6301

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg	
02463148	Ocaliva	Intercept	30	2958,90	98,6301

ADALIMUMAB - ARTHRITE JUVÉNILE IDIOPATHIQUE POLYARTICULAIRE 

Sol. Inj. S.C.				50 mg/mL (0,4 mL)	
99113852	Amgevita (seringue)	Amgen	1	235,64	

Sol. Inj. S.C.				50 mg/mL (0,8 mL)	
99113853	Amgevita (seringue)	Amgen	2	942,54	471,2700
99113854	Amgevita (stylo)	Amgen	2	942,54	471,2700
99113856	Hulio (seringue)	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
99113855	Hulio (stylo)	BGP Pharma	2	942,54	471,2700

ADALIMUMAB-ARTHRITE PSORIASIQUE, COLITE ULCÉREUSE, MALADIE DE CROHN, SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE, POLYARTHRITE RHUMATOÏDE ET PSORIASIS EN PLAQUE 

Sol. Inj. S.C.				50 mg/mL (0,4 mL)	
02459310	Amgevita (seringue)	Amgen	1	235,64	
02505258	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	471,27	235,6350

Sol. Inj. S.C.				50 mg/mL (0,8 mL)	
02459299	Amgevita (seringue)	Amgen	2	942,54	471,2700
02459302	Amgevita (stylo)	Amgen	2	942,54	471,2700
+ 02473097	Hadlima (seringue)	Merck	2	942,54	471,2700
+ 02473100	Hadlima PushTouch(stylo)	Merck	2	942,54	471,2700
02502399	Hulio (seringue)	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
02502402	Hulio (stylo)	BGP Pharma	2	942,54	471,2700
02492164	Hyrimoz (seringue)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02492156	Hyrimoz (stylo)	Sandoz	2	942,54	471,2700
02502674	Idacio (stylo)	Fresenius	2	942,54	471,2700

ADÉFOVIR DIPIVOXIL 

Co.				10 mg PPB	
02420333	Apo-Adefovir	Apotex	30	547,55	18,2517
02247823	Hepsera	Gilead	30	696,73	23,2243

AFATINIB (DIMALÉATE D') 

Co.				20 mg	
02415666	Giotrif	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000

Co.				30 mg	
02415674	Giotrif	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				40 mg	
02415682	<i>Giotrif</i>	Bo. Ing.	28	1736,00	62,0000

AFLIBERCEPT 

Sol. Inj.				40 mg/mL (0,278 mL)	
02415992	<i>Eylea</i>	Bayer	1	1418,00	

ALECTINIB (CHLORHYDRATE D') 

Caps.				150 mg	
02458136	<i>Alecensaro</i>	Roche	240	10119,99	42,1666

ALEMTUZUMAB 

Sol. Perf. I.V.				10 mg/mL (1,2 mL)	
02418320	<i>Lemtrada</i>	Genzyme	1	9970,00	

ALGLUCOSIDASE ALPHA 

Pd. Perf. I.V.				50 mg	
02284863	<i>Myozyme</i>	Genzyme	1	840,31	

ALIROCUMAB 

Sol. Inj. S.C.				75 mg/mL	
02453754	<i>Praluent (seringue)</i>	SanofiAven	2	512,42	256,2100
02453819	<i>Praluent (stylo)</i>	SanofiAven	2	512,42	256,2100

Sol. Inj. S.C.				150 mg/mL	
02453762	<i>Praluent (seringue)</i>	SanofiAven	2	512,42	256,2100
02453835	<i>Praluent (stylo)</i>	SanofiAven	2	512,42	256,2100

ALISKIRÈNE 

Co.				150 mg	
02302063	<i>Rasilez</i>	Noden	28	32,31	1,1539

Co.				300 mg	
02302071	<i>Rasilez</i>	Noden	28	32,31	1,1539

ALISKIRÈNE/HYDROCHLOROTHIAZIDE 

Co.				150 mg- 12,5 mg	
02332728	<i>Rasilez HCT</i>	Noden	28	31,08	1,1100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 150 mg - 25 mg					
02332736	Rasilez HCT	Noden	28	31,08	1,1100
Co. 300 mg- 12,5 mg					
02332744	Rasilez HCT	Noden	28	31,08	1,1100
Co. 300 mg - 25 mg					
02332752	Rasilez HCT	Noden	28	31,08	1,1100
ALITRÉTINOÏNE 					
Caps. 30 mg					
02337649	Toctino	Janss. Inc	30	560,75	18,6917
ALOGLIPTINE (BENZOATE D') 					
Co. 6,25 mg					
02417189	Nesina	Takeda	28	58,80	2,1000
Co. 12,5 mg					
02417197	Nesina	Takeda	28	58,80	2,1000
Co. 25 mg					
02417200	Nesina	Takeda	28	58,80	2,1000
ALOGLIPTINE (BENZOATE D')/ METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 					
Co. 12,5 mg - 500 mg					
02417219	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450
Co. 12,5 mg - 850 mg					
02417227	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450
Co. 12,5 mg - 1000 mg					
02417235	Kazano	Takeda	56	64,12	1,1450
AMBRISENTAN 					
Co. 5 mg PPB					
02475375	Apo-Ambrisentan	Apotex	30	3189,86	106,3287
02307065	Volibris	GSK	30	3600,00	120,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				10 mg PPB	
02475383	<i>Apo-Ambrisentan</i>	Apotex	30	3189,86	➔ 106,3287
02307073	<i>Volibris</i>	GSK	30	3600,00	➔ 120,0000

AMPHÉTAMINE (SELS MIXTES D') ⚡

Caps. L.A.				5 mg PPB	
02439239	<i>ACT Amphetamine XR</i>	ActavisPhm	100	53,72	➔ 0,5372
02248808	<i>Adderall XR</i>	Shire	100	205,78	➔ 2,0578
02445492	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	53,72	➔ 0,5372
02440369	<i>pms-Amphetamines XR</i>	Phmscience	100	53,72	➔ 0,5372
02457288	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	53,72	➔ 0,5372

Caps. L.A.				10 mg PPB	
02439247	<i>ACT Amphetamine XR</i>	ActavisPhm	100	61,05	➔ 0,6105
02248809	<i>Adderall XR</i>	Shire	100	233,86	➔ 2,3386
02445506	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	61,05	➔ 0,6105
02440377	<i>pms-Amphetamines XR</i>	Phmscience	100	61,05	➔ 0,6105
02457296	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	61,05	➔ 0,6105

Caps. L.A.				15 mg PPB	
02439255	<i>ACT Amphetamine XR</i>	ActavisPhm	100	68,38	➔ 0,6838
02248810	<i>Adderall XR</i>	Shire	100	261,94	➔ 2,6194
02445514	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	68,38	➔ 0,6838
02440385	<i>pms-Amphetamines XR</i>	Phmscience	100	68,38	➔ 0,6838
02457318	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	68,38	➔ 0,6838

Caps. L.A.				20 mg PPB	
02439263	<i>ACT Amphetamine XR</i>	ActavisPhm	100	75,72	➔ 0,7572
02248811	<i>Adderall XR</i>	Shire	100	290,01	➔ 2,9001
02445522	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	75,72	➔ 0,7572
02440393	<i>pms-Amphetamines XR</i>	Phmscience	100	75,72	➔ 0,7572
02457326	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	75,72	➔ 0,7572

Caps. L.A.				25 mg PPB	
02439271	<i>ACT Amphetamine XR</i>	ActavisPhm	100	83,05	➔ 0,8305
02248812	<i>Adderall XR</i>	Shire	100	318,09	➔ 3,1809
02445530	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	83,05	➔ 0,8305
02440407	<i>pms-Amphetamines XR</i>	Phmscience	100	83,05	➔ 0,8305
02457334	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	83,05	➔ 0,8305

Caps. L.A.				30 mg PPB	
02439298	<i>ACT Amphetamine XR</i>	ActavisPhm	100	90,38	➔ 0,9038
02248813	<i>Adderall XR</i>	Shire	100	346,18	➔ 3,4618
02445549	<i>Apo-Amphetamine XR</i>	Apotex	100	90,38	➔ 0,9038
02440415	<i>pms-Amphetamines XR</i>	Phmscience	100	90,38	➔ 0,9038
02457342	<i>Sandoz Amphetamine XR</i>	Sandoz	100	90,38	➔ 0,9038

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

APALUTAMIDE 

Co.		60 mg			
02478374	<i>Erleada</i>	Janss. Inc	120	3401,40	28,3450

APIXABAN 

Co.		2,5 mg			
02377233	<i>Eliquis</i>	B.M.S.	60	96,00	1,6000

Co.		5 mg			
02397714	<i>Eliquis</i>	B.M.S.	60 180	96,00 288,00	1,6000 1,6000

APOMORPHINE (CHLORHYDRATE D') 

Sol. Inj. S.C. (stylo)		10 mg/mL (3 mL)			
02459132	<i>Movapo</i>	Paladin	5	214,76	42,9520

APREMILAST 

Co.		10 mg (4 co.) - 20 mg (4 co.) - 30 mg (19 co.)			
02434318	<i>Otezla (Emballage de départ)</i>	Amgen	27	510,41	

Co.		30 mg			
02434334	<i>Otezla</i>	Amgen	56	1058,63	18,9041

APRÉPITANT 

Caps.		80 mg			
02298791	<i>Emend</i>	Merck	2	60,36	30,1800

Caps.		125 mg			
02298805	<i>Emend</i>	Merck	6	181,08	30,1800

Caps.		125mg (1 caps.) et 80mg (2 caps.)			
02298813	<i>Emend Tri-Pack</i>	Merck	3	90,54	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ATOMOXÉTINE (CHLORHYDRATE D') 

Caps.

10 mg **PPB**

02318024	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	15,32	➔	0,5106
02396904	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	15,32	➔	0,5106
02467747	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	15,32	➔	0,5106
02445883	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	15,32	➔	0,5106
02471485	<i>Auro-Atomoxetine</i>	Aurobindo	30	15,32	➔	0,5106
			100	51,06	➔	0,5106
02314541	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	15,32	➔	0,5106
02381028	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	15,32	➔	0,5106
02405962	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	15,32	➔	0,5106
			100	51,06	➔	0,5106
02386410	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	15,32	➔	0,5106
02262800	<i>Strattera</i>	Lilly	28	72,80		2,6000

Caps.

18 mg **PPB**

02318032	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	17,24	➔	0,5748
02396912	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	17,24	➔	0,5748
02467755	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	17,24	➔	0,5748
02445905	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	17,24	➔	0,5748
02471493	<i>Auro-Atomoxetine</i>	Aurobindo	30	17,24	➔	0,5748
			100	57,48	➔	0,5748
02314568	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	17,24	➔	0,5748
02381036	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	17,24	➔	0,5748
02405970	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	17,24	➔	0,5748
			100	57,48	➔	0,5748
02386429	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	17,24	➔	0,5748
02262819	<i>Strattera</i>	Lilly	28	83,44		2,9800

Caps.

25 mg **PPB**

02318040	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	19,26	➔	0,6420
			100	64,20	➔	0,6420
02396920	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	19,26	➔	0,6420
02467763	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	19,26	➔	0,6420
02445913	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	19,26	➔	0,6420
02471507	<i>Auro-Atomoxetine</i>	Aurobindo	30	19,26	➔	0,6420
			100	64,20	➔	0,6420
02314576	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	19,26	➔	0,6420
02381044	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	19,26	➔	0,6420
			100	64,20	➔	0,6420
02405989	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	19,26	➔	0,6420
			100	64,20	➔	0,6420
02386437	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	19,26	➔	0,6420
02262827	<i>Strattera</i>	Lilly	28	92,12		3,2900

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			40 mg PPB		
02318059	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	22,11	➔ 0,7369
			100	73,69	➔ 0,7369
02396939	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	22,11	➔ 0,7369
02467771	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	22,11	➔ 0,7369
02445948	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	22,11	➔ 0,7369
02471515	<i>Auro-Atomoxetine</i>	Aurobindo	30	22,11	➔ 0,7369
			100	73,69	➔ 0,7369
02314584	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	22,11	➔ 0,7369
02381052	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	22,11	➔ 0,7369
			100	73,69	➔ 0,7369
02405997	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	22,11	➔ 0,7369
			100	73,69	➔ 0,7369
02386445	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	22,11	➔ 0,7369
02262835	<i>Strattera</i>	Lilly	28	105,00	3,7500

Caps.			60 mg PPB		
02318067	<i>Apo-Atomoxetine</i>	Apotex	30	24,28	➔ 0,8092
02396947	<i>Atomoxetine</i>	Pro Doc	30	24,28	➔ 0,8092
02467798	<i>Atomoxetine</i>	Sanis	30	24,28	➔ 0,8092
02445956	<i>Atomoxetine</i>	Sivem	30	24,28	➔ 0,8092
02471523	<i>Auro-Atomoxetine</i>	Aurobindo	30	24,28	➔ 0,8092
			100	80,92	➔ 0,8092
02314592	<i>Novo-Atomoxetine</i>	Teva Can	30	24,28	➔ 0,8092
02381060	<i>pms-Atomoxetine</i>	Phmscience	30	24,28	➔ 0,8092
			100	80,92	➔ 0,8092
02406004	<i>Riva-Atomoxetine</i>	Riva	30	24,28	➔ 0,8092
			100	80,92	➔ 0,8092
02386453	<i>Sandoz Atomoxetine</i>	Sandoz	30	24,28	➔ 0,8092
02262843	<i>Strattera</i>	Lilly	28	116,48	4,1600

AXITINIB

Co.			1 mg		
02389630	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	1116,00	18,6000

Co.			5 mg		
02389649	<i>Inlyta</i>	Pfizer	60	5580,00	93,0000

AZÉLAÏQUE (ACIDE)

Gel Top.			15 %		
02270811	<i>Finacea</i>	Leo	50 g	30,00	0,6000

AZTRÉONAM

Sol. pour Inh.			75 mg		
02329840	<i>Cayston</i>	Gilead	84	3561,51	42,3989

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

BENRALIZUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

30 mg/mL (1 mL)

02473232	Fasenra	AZC	1	3876,92	
----------	---------	-----	---	---------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

30 mg/mL (1 mL)

02496135	Fasenra Pen	AZC	1	3876,92	
----------	-------------	-----	---	---------	--

BISACODYL

Co. Ent.

5 mg **PPB**

00545023	<i>Apo-Bisacodyl</i>	Apotex	1000	40,50	➔	0,0405
02273411	<i>Bisacodyl-Odan</i>	Odan	100	4,05	➔	0,0405
			1000	40,50	➔	0,0405
02246039	<i>Jamp-Bisacodyl</i>	Jamp	100	4,05	➔	0,0405

Supp.

5 mg **PPB**

02458845	<i>Bisacodyl</i>	Cellchem	10	4,27	➔	0,4267
02410893	<i>Bisacodyl Suppository 5 mg</i>	Jamp	3	1,28	➔	0,4267

Supp.

10 mg **PPB**

02458853	<i>Bisacodyl</i>	Cellchem	10	4,21	➔	0,4206
02361450	<i>Bisacodyl Suppository</i>	Jamp	100	42,06	➔	0,4206
00582883	<i>pms-Bisacodyl</i>	Phmscience	100	42,06	➔	0,4206

BOSENTAN 

Co.

62,5 mg **PPB**

02399202	<i>Apo-Bosentan</i>	Apotex	56	898,50	➔	16,0446
02466538	<i>Bio-Bosentan</i>	Biomed	56	898,50	➔	16,0446
02467984	<i>NAT-Bosentan</i>	Natco	60	962,68	➔	16,0446
02383012	<i>pms-Bosentan</i>	Phmscience	60	962,68	➔	16,0446
02386275	<i>Sandoz Bosentan</i>	Sandoz	60	962,68	➔	16,0446
02483130	<i>Taro-Bosentan</i>	Taro	60	962,68	➔	16,0446
02244981	<i>Tracleer</i>	Janss. Inc	56	3594,00		64,1786

Co.

125 mg **PPB**

02386208	<i>ACT Bosentan</i>	ActavisPhm	60	962,68	➔	16,0446
02399210	<i>Apo-Bosentan</i>	Apotex	56	898,50	➔	16,0446
02466546	<i>Bio-Bosentan</i>	Biomed	56	898,50	➔	16,0446
02467992	<i>NAT-Bosentan</i>	Natco	56	898,50	➔	16,0446
			60	962,68	➔	16,0447
02383020	<i>pms-Bosentan</i>	Phmscience	60	962,68	➔	16,0446
02386283	<i>Sandoz Bosentan</i>	Sandoz	60	962,68	➔	16,0446
02483149	<i>Taro-Bosentan</i>	Taro	60	962,68	➔	16,0446
02244982	<i>Tracleer</i>	Janss. Inc	56	3594,00		64,1786

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

BRIVARACÉTAM 

Co.				10 mg	
02452936	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	4,3200

Co.				25 mg	
02452944	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	4,3200

Co.				50 mg	
02452952	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	4,3200

Co.				75 mg	
02452960	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	4,3200

Co.				100 mg	
02452979	<i>Brivlera</i>	U.C.B.	60	259,20	4,3200

BRODALUMAB 

Sol. Inj. S.C.				140 mg/mL (1,5 mL)	
02473623	<i>Siliq (seringue)</i>	Valeant	2	1290,00	645,0000

BUPRÉNOPHINE 

Sol. Inj. S.C. (ser)				100 mg/0,5 mL	
02483084	<i>Sublocade</i>	Indivior	1	550,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)				300 mg/1,5 mL	
02483092	<i>Sublocade</i>	Indivior	1	550,00	

BUPRÉNOPHINE (CHLORHYDRATE DE) 

Trousse (implants)				80 mg/implant	
02474921	<i>Probuphine</i>	Knight	1	1495,00	

CABERGOLINE 

Co.				0,5 mg	PPB
02455897	<i>Apo-Cabergoline</i>	Apotex	8	89,86	➔ 11,2325
02242471	<i>Dostinex</i>	Paladin	8	105,72	13,2150

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CABOZANTINIB

Co. 20 mg					
02480824	Cabometyx	Ipsen	30	8799,90	293,3300

Co. 40 mg					
02480832	Cabometyx	Ipsen	30	8799,90	293,3300

Co. 60 mg					
02480840	Cabometyx	Ipsen	30	8799,90	293,3300

CALCIPOTRIOL/ BÉTAMÉTHASONE (DIPROPIONATE DE)

Gel Top. 50 mcg/g -0,5 mg/g					
02319012	Dovobet Gel	Leo	80 g	112,29	1,4036

Mousse Top. 50 mcg/g -0,5 mg/g					
02457393	Enstilar	Leo	60 g	84,22	

Pom. Top. 50 mcg/g -0,5 mg/g PPB					
* 02244126	Dovobet	Leo	120 g	151,60	➔ 1,2633
+ 02427419	Teva-Betamethasone/ Calcipotriol	Teva Can	60 g	75,80	➔ 1,2633
			120 g	151,60	➔ 1,2633

CALCIUM (CARBONATE DE)

Mousse orale 500 mg/6 g					
80057859	Pluscal	Medelys	180 g	13,50	

CALCIUM (CITRATE DE)

Sol. Orale 500 mg/15 mL PPB					
80068122	Jamp-Calcium Citrate liq	Jamp	450 ml	32,50	➔ 0,0722
80054756	MCal Citrate liquide	Mantra Ph.	450 ml	32,50	➔ 0,0722

CALCIUM (CITRATE DE)/ VITAMINE D

Sol. Orale 500 mg - 400 UI/15 mL					
80007347	Jamp Calcium Citrate Liq. D400	Jamp	450 ml	34,50	0,0767

Sol. Orale 500 mg - 1000 UI/15 mL PPB					
80068124	Jamp-Calcium Citrate liq D1000	Jamp	450 ml	34,50	➔ 0,0767
80049201	MCal Citrate liquide D1000	Mantra Ph.	450 ml	34,50	➔ 0,0767

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)

Sol. Orale

100 mg/5 mL **PPB**

+ 80104220	<i>Glucal</i>	Altamed	350 ml	15,60	➔ 0,0446
* 80096222	<i>Jamp Lactogluconate Calcium</i>	Jamp	350 ml	15,60	➔ 0,0446
* 99100833	<i>SoluCAL (toutes saveurs)</i>	Jamp	350 ml 1500 ml	15,60 66,06	➔ 0,0446 ➔ 0,0440

CALCIUM (GLUCONATE DE)/CALCIUM (LACTATE DE)/VITAMINE D

Sol. Orale

500 mg - 400 UI/25 mL

80094870	<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 400</i>	Jamp	350 ml	16,33	0,0467
99100830	<i>SoluCAL D (toutes saveurs)</i>	Jamp	350 ml 1500 ml	16,33 69,99	0,0467 0,0467

Sol. Orale

500 mg - 1000 UI/25ml

80094869	<i>Jamp Lactogluconate Calcium + Vitamine D 1000</i>	Jamp	350 ml	16,33	0,0467
99101332	<i>Solucal D+1000 (toutes saveurs)</i>	Jamp	350 ml 700 ml	16,33 32,69	0,0467 0,0467

CANAGLIFLOZINE 

Co.

100 mg

02425483	<i>Invokana</i>	Janss. Inc	30	78,53	2,6177
----------	-----------------	------------	----	-------	--------

Co.

300 mg

02425491	<i>Invokana</i>	Janss. Inc	30	78,53	2,6177
----------	-----------------	------------	----	-------	--------

CAPTEUR DEXCOM G6 

Capteur

+ 99113874	<i>Dexcom G6</i>	Dexcom	3	299,00	99,6667
------------	------------------	--------	---	--------	---------

CAPTEUR FREESTYLE LIBRE 

Capteur

* 99101399	<i>FreeStyle Libre</i>	Ab Diabete	1	89,00	
------------	------------------------	------------	---	-------	--

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

Sol. Oph.

0,5 % (0,4 mL)

02049260	<i>Refresh plus</i>	Allergan	30	8,85	0,2950
----------	---------------------	----------	----	------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Oph.				1 % (0,4 mL)	
00870153	<i>Refresh Celluvisc</i>	Allergan	30	9,58	0,3193

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE/ PURITE

Sol. Oph.				0,5 %	
02231008	<i>Refresh tears</i>	Allergan	15 ml	6,25	

CASPOFONGINE (ACÉTATE DE) 

Pd. Inj. I.V.				50 mg PPB	
02244265	<i>Candidas</i>	Merck	1	222,00	
02486989	<i>Caspofongine pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 166,50	
02460947	<i>Caspofongine pour injection</i>	Juno	1	➡ 166,50	

Pd. Inj. I.V.				70 mg PPB	
02244266	<i>Candidas</i>	Merck	1	222,00	
02486997	<i>Caspofongine pour injection</i>	Fresenius	1	➡ 166,50	
02460955	<i>Caspofongine pour injection</i>	Juno	1	➡ 166,50	

CEFTOBIPROLE 

Pd. Perf. I.V.				500 mg	
02446685	<i>Zevtera</i>	Avir	1	58,40	
			10	584,00	58,4000

CEFTOLOZANE/TAZOBACTAM 

Pd. Inj. I.V.				1 g - 0,5 g	
02446901	<i>Zerbaxa</i>	Merck	10	1366,30	136,6300

CÉRITINIB 

Caps.				150 mg	
02436779	<i>Zykadia</i>	Novartis	150	7800,00	52,0000

CERTOLIZUMAB PEGOL 

Sol. Inj. S.C. (ser)				200 mg/ml (1 ml)	
02331675	<i>Cimzia</i>	U.C.B.	2	1262,56	631,2800

Sol. Inj. S.C. (stylo)				200 mg/ml (1 ml)	
02465574	<i>Cimzia</i>	U.C.B.	2	1262,56	631,2800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CÉTRORÉLIX 

Pd. Inj. S.C.

				0,25 mg	
02247766	<i>Cetrotide</i>	Serono	1	90,00	

CHORIOGONADOTROPINE ALPHA 

Sol. Inj. S.C. (ser)

				250 mcg	
02262088	<i>Ovidrel</i>	Serono	1	72,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)

				250 mcg/0,5 mL	
02371588	<i>Ovidrel</i>	Serono	1	72,00	

CINACALCET (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

				30 mg	PPB	
02452693	<i>Apo-Cinacalcet</i>	Apotex	30	82,25	➔	2,7418
02478900	<i>Auro-Cinacalcet</i>	Aurobindo	30	82,25	➔	2,7418
+ 02500094	<i>Jamp Cinacalcet</i>	Jamp	30	82,25	➔	2,7418
02480298	<i>Mar-Cinacalcet</i>	Marcan	30	82,25	➔	2,7418
02481987	<i>M-Cinacalcet</i>	Mantra Ph.	30	82,25	➔	2,7418
02434539	<i>Mylan-Cinacalcet</i>	Mylan	30	82,25	➔	2,7418
02499355	<i>Priva-Cinacalcet</i>	Pharmapar	30	82,25	➔	2,7418
02257130	<i>Sensipar</i>	Amgen	30	323,52		10,7840
02441624	<i>Teva-Cinacalcet</i>	Teva Can	30	82,25	➔	2,7418

Co.

				60 mg	PPB	
02452707	<i>Apo-Cinacalcet</i>	Apotex	30	149,99	➔	4,9995
02478919	<i>Auro-Cinacalcet</i>	Aurobindo	30	149,99	➔	4,9995
+ 02500108	<i>Jamp Cinacalcet</i>	Jamp	30	149,99	➔	4,9995
02480301	<i>Mar-Cinacalcet</i>	Marcan	30	149,99	➔	4,9995
02481995	<i>M-Cinacalcet</i>	Mantra Ph.	30	149,99	➔	4,9995
02434547	<i>Mylan-Cinacalcet</i>	Mylan	30	149,99	➔	4,9995
02499363	<i>Priva-Cinacalcet</i>	Pharmapar	30	149,99	➔	4,9995
02257149	<i>Sensipar</i>	Amgen	30	589,81		19,6603
02441632	<i>Teva-Cinacalcet</i>	Teva Can	30	149,99	➔	4,9995

Co.

				90 mg	PPB	
02452715	<i>Apo-Cinacalcet</i>	Apotex	30	218,26	➔	7,2752
02478943	<i>Auro-Cinacalcet</i>	Aurobindo	30	218,26	➔	7,2752
+ 02500116	<i>Jamp Cinacalcet</i>	Jamp	30	218,26	➔	7,2752
02480328	<i>Mar-Cinacalcet</i>	Marcan	30	218,26	➔	7,2752
02482002	<i>M-Cinacalcet</i>	Mantra Ph.	30	218,26	➔	7,2752
02434555	<i>Mylan-Cinacalcet</i>	Mylan	30	218,26	➔	7,2752
02499371	<i>Priva-Cinacalcet</i>	Pharmapar	30	218,26	➔	7,2752
02257157	<i>Sensipar</i>	Amgen	30	858,43		28,6143
02441640	<i>Teva-Cinacalcet</i>	Teva Can	30	218,26	➔	7,2752

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CLADRIBINE 

Co.

			10 mg		
02470179	<i>Mavenclad</i>	Serono	1	3082,70	
			4	12330,80	3082,7000
			6	18496,20	3082,7000

CLINDAMYCINE (PHOSPHATE DE) 

Cr. Vag.

			20 mg/g		
02060604	<i>Dalacin</i>	Paladin	40 g	26,26	

COBIMÉTINIB 

Co.

			20 mg		
02452340	<i>Cotellic</i>	Roche	63	7567,00	120,1111

CODÉINE (PHOSPHATE DE) 

Sir.

			25 mg/5 mL		
00050024	<i>Codéine</i>	Atlas	500 ml	19,43	0,0389
			2000 ml	62,71	0,0314

COLÉSÉVÉLAM (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

			625 mg PPB		
02494051	<i>Apo-Colesevelam</i>	Apotex	180	160,13	→ 0,8896
02373955	<i>Lodalis</i>	Valeant	180	198,00	1,1000

COLLAGÉNASE 

Pom. Top.

			250 U/g		
02063670	<i>Santyl</i>	S. & N.	30 g	87,50	2,9167

CRIZOTINIB 

Caps.

			200 mg		
02384256	<i>Xalkori</i>	Pfizer	60	7800,00	130,0000

Caps.

			250 mg		
02384264	<i>Xalkori</i>	Pfizer	60	7800,00	130,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

CYANOCOBALAMINE

Co. L.A.		1200 mcg PPB			
80075338	<i>Alta-B12</i>	Altamed	500	52,50	➔ 0,1050
80025207	<i>Beduzil</i>	Orimed	500	52,50	➔ 0,1050
80091185	<i>Bio-Vitamine B12</i>	Biomed	500	52,50	➔ 0,1050
80061573	<i>Euro-B12 LA</i>	Sandoz	500	52,50	➔ 0,1050
80021427	<i>Jamp-Vitamine B12 L.A.</i>	Jamp	500	52,50	➔ 0,1050
80042834	<i>M-B12 1200 mcg L.A.</i>	Mantra Ph.	500	52,50	➔ 0,1050
80062941	<i>Opus Vitamine B12 L.A.</i>	Opus	500	52,50	➔ 0,1050

Co. L.A.		1500 mcg			
80043158	<i>Beduzil 1500</i>	Orimed	500	52,50	0,1050

Sol. Orale		200 mcg/mL PPB			
80039903	<i>Beduzil</i>	Orimed	350 ml	12,50	➔ 0,0357
80026092	<i>Jamp-Vitamine B12</i>	Jamp	350 ml	12,50	➔ 0,0357

CYCLOSPORINE

Sol. Oph.		0,1 % (0,3 mL)			
02484137	<i>Verkazia</i>	Santen	30	110,00	3,6667

CYSTÉAMINE

Sol. Oph.		0,37 %			
02485605	<i>Cystadrops</i>	RRDC	5 ml	1986,00	

CYSTÉAMINE (BITARTRATE DE)

Caps. L.A.		25 mg			
02464705	<i>Procysbi</i>	Horizon Ph	60	621,00	10,3500

Caps. L.A.		75 mg			
02464713	<i>Procysbi</i>	Horizon Ph	250	7762,50	31,0500

DABIGATRAN ETEXILATE

Caps.		110 mg PPB			
02468905	<i>Apo-Dabigatran</i>	Apotex	60	75,24	➔ 1,2540
02312441	<i>Pradaxa</i>	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

Caps.		150 mg PPB			
02468913	<i>Apo-Dabigatran</i>	Apotex	60	75,24	➔ 1,2540
02358808	<i>Pradaxa</i>	Bo. Ing.	60	96,00	1,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DABRAFÉNIB (MÉSYLATE DE) 

			Caps.			50 mg
02409607	Tafinlar	Novartis	120	5066,67	42,2223	

			Caps.			75 mg
02409615	Tafinlar	Novartis	120	7600,00	63,3333	

DAPAGLIFLOZINE 

			Co.			5 mg
02435462	Forxiga	AZC	30	73,50	2,4500	

			Co.			10 mg
02435470	Forxiga	AZC	30	73,50	2,4500	

DAPAGLIFLOZINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

			Co.			5 mg -850 mg
02449935	Xigduo	AZC	60	73,50	1,2250	

			Co.			5 mg -1000 mg
02449943	Xigduo	AZC	60	73,50	1,2250	

DARBÉPOÉTINE ALFA 

			Seringue			10 mcg/0,4 mL
02392313	Aranesp	Amgen	4	107,20	26,8000	

			Seringue			20 mcg/0,5 mL
02392321	Aranesp	Amgen	4	214,40	53,6000	

			Seringue			30 mcg/0,3 mL
02392348	Aranesp	Amgen	4	321,60	80,4000	

			Seringue			40 mcg/0,4 mL
02391740	Aranesp	Amgen	4	428,80	107,2000	

			Seringue			50 mcg/0,5 mL
02391759	Aranesp	Amgen	4	536,00	134,0000	

			Seringue			60 mcg/0,3 mL
02392356	Aranesp	Amgen	4	643,20	160,8000	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
			80 mcg/0,4 mL		
02391767	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	857,60	214,4000

			100 mcg/0,5 mL		
02391775	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	1072,00	268,0000

			130 mcg/0,65 mL		
02391783	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	1393,60	348,4000

			150 mcg/0,3 mL		
02391791	<i>Aranesp</i>	Amgen	4	1608,00	402,0000

			200 mcg/0,4 mL		
02391805	<i>Aranesp</i>	Amgen	1	536,00	

			300 mcg/0,6 mL		
02391821	<i>Aranesp</i>	Amgen	1	828,00	

			500 mcg/1,0 mL		
02392364	<i>Aranesp</i>	Amgen	1	1380,00	

DAROLUTAMIDE

			300 mg		
Co.					
02496348	<i>Nubeqa</i>	Bayer	120	3401,28	28,3440

DARUNAVIR

			600 mg PPB		
Co.					
02487241	<i>Apo-Darunavir</i>	Apotex	60	438,81	➔ 7,3135
02486121	<i>Auro-Darunavir</i>	Aurobindo	60	438,81	➔ 7,3135
02324024	<i>Prezista</i>	Janss. Inc	60	877,62	14,6270

DASATINIB

			20 mg PPB		
Co.					
02470705	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	870,41	➔ 29,0137
02293129	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	60	2195,08	➔ 36,5847
+ 02499282	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	60	1740,82	➔ 29,0137

			50 mg PPB		
Co.					
02470713	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	1751,78	➔ 58,3925
02293137	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	60	4390,13	➔ 73,1688
+ 02499304	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	60	3503,55	➔ 58,3925

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				70 mg PPB	
02481499	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	1930,60	➔ 64,3532
02293145	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	60	4841,45	80,6908
+ 02499312	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	60	3861,19	➔ 64,3532

Co.				100 mg PPB	
02470721	<i>Apo-Dasatinib</i>	Apotex	30	3501,19	➔ 116,7062
02320193	<i>Sprycel</i>	B.M.S.	30	4390,13	146,3377
+ 02499339	<i>Taro-Dasatinib</i>	Taro	30	3501,19	➔ 116,7062

DENOSUMAB

Sol. Inj.				120 mg/1,7 mL	
02368153	<i>Xgeva</i>	Amgen	1	538,45	

Sol. Inj. S.C. (ser)				60 mg/mL	
02343541	<i>Prolia</i>	Amgen	1	330,00	

DEXAMÉTHASONE

Implant Intravitréen				0,7 mg	
02363445	<i>Ozurdex</i>	Allergan	1	1295,00	

DICLOFÉNAC SODIQUE

Sol. Oph.				0,1 % PPB	
02441020	<i>Apo-Diclofenac Ophtalmic</i>	Apotex	5 ml	➔ 6,20	
02475065	<i>Diclofenac</i>	Stulln	15 ml	➔ 18,60	
02475197	<i>Mint-Diclofenac</i>	Mint	5 ml	➔ 6,20	
02454807	<i>Sandoz Diclofenac Ophtha</i>	Sandoz	5 ml	➔ 6,20	
			10 ml	➔ 12,40	
01940414	<i>Voltaren Ophtha</i>	Novartis	5 ml	12,60	
			10 ml	25,21	

DIMÉTHYLE (FUMARATE DE)

Caps. L.A.				120 mg	
02404508	<i>Tecfidera</i>	Biogen	14	178,36	12,7400
			56	713,42	12,7396

Caps. L.A.				240 mg	
02420201	<i>Tecfidera</i>	Biogen	56	1426,85	25,4795

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DIPHENHYDRAMINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.		50 mg PPB				
02257556	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	100	7,04	➔	0,0704
			500	35,20	➔	0,0704
00757691	<i>pdp-Diphenhydramine</i>	Pendopharm	100	7,04	➔	0,0704
			500	35,20	➔	0,0704

Co. ou Caps.		25 mg PPB				
02257548	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	250	13,35	➔	0,0534
			500	26,70	➔	0,0534
02239029	<i>Nadryl 25</i>	Riva	100	5,34	➔	0,0534
00757683	<i>pdp-Diphenhydramine</i>	Pendopharm	100	5,34	➔	0,0534

Elix.		12,5 mg/5 mL				
02298503	<i>Jamp-Diphenhydramine</i>	Jamp	120 ml	2,81		0,0234
			500 ml	11,70		0,0234

DIPYRIDAMOLE/ ACÉTYLSALICYLIQUE (ACIDE)

Caps.		200 mg L.A. - 25 mg PPB				
02242119	<i>Aggrenox</i>	Bo. Ing.	60	49,38		0,8230
02471051	<i>Taro-Dipyridamole/ASA</i>	Taro	60	39,94	➔	0,6656

DOCUSATE DE CALCIUM

Caps.		240 mg PPB				
00830275	<i>Docusate Calcium</i>	Trianon	100	8,16	➔	0,0816
			300	24,48	➔	0,0816
02283255	<i>Jamp-Docusate Calcium</i>	Jamp	250	20,40	➔	0,0816
00842044	<i>Novo-Docusate Calcium</i>	Novopharm	100	8,16	➔	0,0816
			500	40,80	➔	0,0816
00664553	<i>pms-Docusate-Calcium</i>	Phmscience	300	24,48	➔	0,0816

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DOCUSATE DE SODIUM

			100 mg PPB		
Caps.					
02500019	<i>AG-Docusate Sodium</i>	Angita	1000	25,00	➔ 0,0250
02465329	<i>Alta-Docusate Sodium</i>	Altamed	1000	25,00	➔ 0,0250
00830267	<i>Docusate de Sodium</i>	Trianon	100	3,28	➔ 0,0328
			1000	25,00	➔ 0,0250
00716731	<i>Docusate Sodique</i>	Taro	100	3,28	➔ 0,0328
			1000	25,00	➔ 0,0250
02326086	<i>Docusate sodium</i>	Pro Doc	1000	25,00	➔ 0,0250
02426838	<i>Docusate sodium</i>	Sanis	1000	25,00	➔ 0,0250
02247385	<i>Euro-Docusate</i>	Sandoz	1000	25,00	➔ 0,0250
02303825	<i>Euro-Docusate C</i>	Sandoz	1000	25,00	➔ 0,0250
02376121	<i>Jamp Docusate S Oblong</i>	Jamp	1000	25,00	➔ 0,0250
02245946	<i>Jamp-Docusate Sodium</i>	Jamp	1000	25,00	➔ 0,0250
02437317	<i>M-Docusate Sodium</i>	Mantra Ph.	1000	25,00	➔ 0,0250
00703494	<i>pms-Docusate Sodium</i>	Phmscience	100	3,28	➔ 0,0328
			1000	25,00	➔ 0,0250
00870196	<i>ratio-Docusate Sodium</i>	Ratiopharm	1000	25,00	➔ 0,0250
00514888	<i>Selax</i>	Odan	100	3,28	➔ 0,0328
			1000	25,00	➔ 0,0250

			200 mg PPB		
Caps.					
02335077	<i>Jamp-Docusate Sodium</i>	Jamp	100	8,39	➔ 0,0839
02029529	<i>Soflax</i>	Phmscience	500	41,95	➔ 0,0839

			250 mg		
Caps.					
02335085	<i>Jamp-Docusate Sodium</i>	Jamp	100	9,50	0,0950

			20 mg/5 mL PPB		
Sir.					
02238283	<i>Docusate de Sodium</i>	Atlas	225 ml	4,95	➔ 0,0220
			500 ml	5,95	➔ 0,0119
02024624	<i>Docusate de Sodium</i>	Trianon	250 ml	5,50	➔ 0,0220
02283239	<i>Jamp-Docusate Sodium</i>	Jamp	250 ml	5,50	➔ 0,0220
00703508	<i>pms-Docusate Sodium</i>	Phmscience	500 ml	5,95	➔ 0,0119
00870226	<i>ratio-Docusate Sodium</i>	Ratiopharm	500 ml	5,95	➔ 0,0119

			50 mg/mL PPB		
Sir.					
02283220	<i>Jamp-Docusate Sodium</i>	Jamp	500 ml	429,19	➔ 0,8584
00848417	<i>pms-Docusate</i>	Phmscience	500 ml	429,19	➔ 0,8584

			10 mg/mL		
Sir. ou Sol. Orale					
02332485	<i>Jamp-Docusate Sodium</i>	Jamp	500 ml	86,60	0,1732
00880140	<i>pms-Docusate Sodium</i>	Phmscience	500 ml	86,60	➔ 0,1732

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DONÉPÉZIL (CHLORHYDRATE DE) 

Co. ou Co. Diss. Orale

5 mg **PPB**

02397595	<i>ACT Donepezil</i>	ActavisPhm	100	45,86	➔ 0,4586
02397617	<i>ACT Donepezil ODT</i>	ActavisPhm	28	12,84	➔ 0,4586
02432684	<i>AG-Donepezil</i>	Angita	100	45,86	➔ 0,4586
02362260	<i>Apo-Donepezil</i>	Apotex	100	45,86	➔ 0,4586
02232043	<i>Aricept</i>	Pfizer	28	132,23	➔ 4,7225
			30	141,67	➔ 4,7223
02269457	<i>Aricept RDT</i>	Pfizer	28	133,50	➔ 4,7679
02400561	<i>Auro-Donepezil</i>	Aurobindo	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02412853	<i>Bio-Donepezil</i>	Biomed	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02402645	<i>Donepezil</i>	Accord	100	45,86	➔ 0,4586
02416417	<i>Donepezil</i>	Pro Doc	100	45,86	➔ 0,4586
02475278	<i>Donepezil</i>	Riva	100	45,86	➔ 0,4586
02426846	<i>Donepezil</i>	Sanis	100	45,86	➔ 0,4586
02420597	<i>Donepezil</i>	Sivem	100	45,86	➔ 0,4586
02404419	<i>Jamp-Donepezil</i>	Jamp	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02416948	<i>Jamp-Donepezil Tablets</i>	Jamp	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02402092	<i>Mar-Donepezil</i>	Marcan	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02467453	<i>M-Donepezil</i>	Mantra Ph.	100	45,86	➔ 0,4586
02408600	<i>Mint-Donepezil</i>	Mint	100	45,86	➔ 0,4586
02439557	<i>NAT-Donepezil</i>	Natco	100	45,86	➔ 0,4586
02322331	<i>pms-Donepezil</i>	Phmscience	100	45,86	➔ 0,4586
02446669	<i>Priva-Donepezil</i>	Pharmapar	100	45,86	➔ 0,4586
			500	229,30	➔ 0,4586
02381508	<i>Ran-Donepezil</i>	Ranbaxy	100	45,86	➔ 0,4586
			500	229,30	➔ 0,4586
02328666	<i>Sandoz Donepezil</i>	Sandoz	100	45,86	➔ 0,4586
02428482	<i>Septa-Donepezil</i>	Septa	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02340607	<i>Teva-Donepezil</i>	Teva Can	100	45,86	➔ 0,4586
02426943	<i>VAN-Donepezil</i>	Vanc Phm	100	45,86	➔ 0,4586

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. ou Co. Diss. Orale			10 mg PPB		
02397609	<i>ACT Donepezil</i>	ActavisPhm	100	45,86	➔ 0,4586
02397625	<i>ACT Donepezil ODT</i>	ActavisPhm	28	12,84	➔ 0,4586
02432692	<i>AG-Donepezil</i>	Angita	100	45,86	➔ 0,4586
02362279	<i>Apo-Donepezil</i>	Apotex	100	45,86	➔ 0,4586
02232044	<i>Aricept</i>	Pfizer	28	132,23	➔ 4,7225
			30	141,67	➔ 4,7223
02269465	<i>Aricept RDT</i>	Pfizer	28	133,50	➔ 4,7679
02400588	<i>Auro-Donepezil</i>	Aurobindo	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02412861	<i>Bio-Donepezil</i>	Biomed	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02402653	<i>Donepezil</i>	Accord	100	45,86	➔ 0,4586
02416425	<i>Donepezil</i>	Pro Doc	100	45,86	➔ 0,4586
02475286	<i>Donepezil</i>	Riva	100	45,86	➔ 0,4586
02426854	<i>Donepezil</i>	Sanis	100	45,86	➔ 0,4586
02420600	<i>Donepezil</i>	Sivem	100	45,86	➔ 0,4586
02404427	<i>Jamp-Donepezil</i>	Jamp	30	13,76	➔ 0,4586
			500	229,30	➔ 0,4586
02416956	<i>Jamp-Donepezil Tablets</i>	Jamp	30	13,76	➔ 0,4586
			250	114,65	➔ 0,4586
02402106	<i>Mar-Donepezil</i>	Marcan	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02467461	<i>M-Donepezil</i>	Mantra Ph.	100	45,86	➔ 0,4586
02408619	<i>Mint-Donepezil</i>	Mint	100	45,86	➔ 0,4586
02439565	<i>NAT-Donepezil</i>	Natco	100	45,86	➔ 0,4586
02322358	<i>pms-Donepezil</i>	Phmscience	100	45,86	➔ 0,4586
02446677	<i>Priva-Donepezil</i>	Pharmapar	100	45,86	➔ 0,4586
			500	229,30	➔ 0,4586
02381516	<i>Ran-Donepezil</i>	Ranbaxy	100	45,86	➔ 0,4586
			500	229,30	➔ 0,4586
02328682	<i>Sandoz Donepezil</i>	Sandoz	100	45,86	➔ 0,4586
02428490	<i>Septa-Donepezil</i>	Septa	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02340615	<i>Teva-Donepezil</i>	Teva Can	30	13,76	➔ 0,4586
			100	45,86	➔ 0,4586
02426951	<i>VAN-Donepezil</i>	Vanc Phm	100	45,86	➔ 0,4586

DORNASE ALFA 

Sol. pour Inh.

1 mg/mL (2,5 mL)

02046733	<i>Pulmozyme</i>	Roche	30	1130,66	37,6887
----------	------------------	-------	----	---------	---------

DULAGLUTIDE 

Sol. Inj. S.C.

0,75 mg/0,5 mL

02448599	<i>Trulicity</i>	Lilly	4	168,28	42,0700
----------	------------------	-------	---	--------	---------

Sol. Inj. S.C.

1,5 mg/0,5 mL

02448602	<i>Trulicity</i>	Lilly	4	168,28	42,0700
----------	------------------	-------	---	--------	---------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DUPILUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

150 mg/mL (2 mL)

02470365	Dupixent	SanofiAven	2	1876,71	938,3550
----------	----------	------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (ser)

175,44 mg/mL (1,14 mL)

+ 02492504	Dupixent	SanofiAven	2	1876,71	938,3550
------------	----------	------------	---	---------	----------

ÉDARAVONE 

Sol. Perf. I.V.

0,3 mg/mL (100 mL)

02475472	Radicava	Mitsubushi	2	920,00	
----------	----------	------------	---	--------	--

ÉDOXABAN 

Co.

15 mg

02458640	Lixiana	Servier	30	85,20	2,8400
----------	---------	---------	----	-------	--------

Co.

30 mg

02458659	Lixiana	Servier	30	85,20	2,8400
----------	---------	---------	----	-------	--------

Co.

60 mg

02458667	Lixiana	Servier	30	85,20	2,8400
----------	---------	---------	----	-------	--------

ELBASVIR/GRAZOPRÉVIR 

Co.

50 mg -100 mg

02451131	Zepatier	Merck	28	18674,32	666,9400
----------	----------	-------	----	----------	----------

ELTROMBOPAG 

Co.

25 mg

02361825	Revolade	Novartis	14	735,00	52,5000
			28	1470,00	52,5000

Co.

50 mg

02361833	Revolade	Novartis	14	1470,00	105,0000
			28	2940,00	105,0000

ÉMETTEUR DEXCOM G6 

Émetteur

+ 99113875	Dexcom G6	Dexcom	1	29,00	
------------	-----------	--------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

EMPAGLIFLOZINE 

Co.			10 mg		
02443937	Jardiance	Bo. Ing.	30	78,53	2,6177
			90	235,59	2,6177

Co.			25 mg		
02443945	Jardiance	Bo. Ing.	30	78,53	2,6177
			90	235,59	2,6177

EMPAGLIFLOZINE / METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.			5 mg - 500 mg		
02456575	Synjardy	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.			5 mg - 850 mg		
02456583	Synjardy	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.			5 mg - 1000 mg		
02456591	Synjardy	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.			12,5 mg - 500 mg		
02456605	Synjardy	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.			12,5 mg - 850 mg		
02456613	Synjardy	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

Co.			12,5 mg - 1000 mg		
02456621	Synjardy	Bo. Ing.	60	81,00	1,3500

ENFUVRTIDE 

Pd. Inj. S.C.			108 mg		
02247725	Fuzeon	Roche	60	2385,60	39,7600

ENZALUTAMIDE 

Caps.			40 mg		
02407329	Xtandi	Astellas	120	3401,40	28,3450

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ÉPLÉRÉNONE

Co.				25 mg	PPB	
02323052	<i>Inspra</i>	Upjohn	30	76,69		2,5563
02471442	<i>Mint-Eplerenone</i>	Mint	90	185,36	➔	2,0595

Co.				50 mg	PPB	
02323060	<i>Inspra</i>	Upjohn	30	76,69		2,5563
02471450	<i>Mint-Eplerenone</i>	Mint	90	185,36	➔	2,0595

ÉPOÉTINE ALFA

Seringue				1 000 UI/0,5 mL		
02231583	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	85,50		14,2500

Seringue				2 000 UI/0,5 mL		
02231584	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	171,00		28,5000

Seringue				3 000 UI/0,3 mL		
02231585	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	256,50		42,7500

Seringue				4 000 UI/0,4 mL		
02231586	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	342,00		57,0000

Seringue				5 000 UI/0,5 mL		
02243400	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	427,50		71,2500

Seringue				6 000 UI/0,6 mL		
02243401	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	513,00		85,5000

Seringue				8 000 UI/0,8 mL		
02243403	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	684,00		114,0000

Seringue				10 000 UI/1,0 mL		
02231587	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	6	803,70		133,9500

Seringue				20 000 UI/0,5 mL		
02243239	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	1	278,52		

Seringue				30 000 UI/0,75 mL		
02288680	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	1	357,19		

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Seringue			40 000 UI/mL (1 mL)		
02240722	<i>Eprex</i>	Janss. Inc	1	417,77	

ÉPOPROSTÉROL SODIQUE

Pd. Inj.			0,5 mg PPB		
02397447	<i>Caripul</i>	Janss. Inc	1	➔ 17,18	
02230845	<i>Flolan</i>	GSK	1	18,13	

Pd. Inj.			1,5 mg PPB		
02397455	<i>Caripul</i>	Janss. Inc	1	➔ 34,45	
02230848	<i>Flolan</i>	GSK	1	36,26	

ERLOTINIB (CHLORHYDRATE D')

Co.			100 mg PPB		
02461870	<i>Apo-Erlotinib</i>	Apotex	30	396,00 ➔	13,2000
02483920	<i>NAT-Erlotinib</i>	Natco	30	396,00 ➔	13,2000
02454386	<i>pms-Erlotinib</i>	Phmscience	30	396,00 ➔	13,2000
02269015	<i>Tarceva</i>	Roche	30	1600,00	53,3333
02377705	<i>Teva-Erlotinib</i>	Teva Can	30	396,00 ➔	13,2000

Co.			150 mg PPB		
02461889	<i>Apo-Erlotinib</i>	Apotex	30	594,00 ➔	19,8000
02483939	<i>NAT-Erlotinib</i>	Natco	30	594,00 ➔	19,8000
02454394	<i>pms-Erlotinib</i>	Phmscience	30	594,00 ➔	19,8000
02269023	<i>Tarceva</i>	Roche	30	2400,00	80,0000
02377713	<i>Teva-Erlotinib</i>	Teva Can	30	594,00 ➔	19,8000

ESLICARBAZÉPINE (ACÉTATE D')

Co.			200 mg		
02426862	<i>Aptiom</i>	Sunovion	30	286,80	9,5600

Co.			400 mg		
02426870	<i>Aptiom</i>	Sunovion	30	286,80	9,5600

Co.			600 mg		
02426889	<i>Aptiom</i>	Sunovion	60	573,60	9,5600

Co.			800 mg		
02426897	<i>Aptiom</i>	Sunovion	30	286,80	9,5600

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ESTRADIOL-17B 

Gel Top.

0,06 %

02238704	<i>Estrogel</i>	Merck	80 g	24,35	
----------	-----------------	-------	------	-------	--

Timbre cut.

 0,025 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02247499	<i>Climara-25</i>	Bayer	4	19,67	4,9175
02245676	<i>Estradot</i>	Novartis	8	20,04	2,5050
02243722	<i>Oesclim 25</i>	Search Phm	8	19,28	➔ 2,4100

Timbre cut.

0,0375 mg/24 h

02243999	<i>Estradot</i>	Novartis	8	20,04	2,5050
----------	-----------------	----------	---	-------	--------

Timbre cut.

 0,05 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02231509	<i>Climara -50</i>	Bayer	4	21,01	5,2525
02244000	<i>Estradot</i>	Novartis	8	21,44	2,6800
02243724	<i>Oesclim 50</i>	Search Phm	8	19,85	2,4813
02246967	<i>Sandoz Estradiol Derm 50</i>	Sandoz	8	16,80	➔ 2,1000

Timbre cut.

 0,075 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02247500	<i>Climara-75</i>	Bayer	4	22,40	5,6000
02244001	<i>Estradot</i>	Novartis	8	23,00	2,8750
02246968	<i>Sandoz Estradiol Derm 75</i>	Sandoz	8	17,90	➔ 2,2375

Timbre cut.

 0,1 mg/24 h (4) et (8) **PPB**

02244002	<i>Estradot</i>	Novartis	8	23,88	2,9850
02246969	<i>Sandoz Estradiol Derm 100</i>	Sandoz	8	18,70	➔ 2,3375

ESTRADIOL-17B/ NORÉTHINDRONE (ACÉTATE DE) 

Timbre cut.

0,05 mg -0,14 mg/24 h

02241835	<i>Estalis 140/50</i>	Novartis	8	23,95	2,9938
----------	-----------------------	----------	---	-------	--------

Timbre cut.

0,05 mg -0,25 mg/24 h

02241837	<i>Estalis 250/50</i>	Novartis	8	23,95	2,9938
----------	-----------------------	----------	---	-------	--------

ÉTANERCEPT 

Sol. Inj. S.C.

50 mg/mL (0,5 mL)

02462877	<i>Erelzi (seringue)</i>	Sandoz	4	482,00	120,5000
----------	--------------------------	--------	---	--------	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C.			50 mg/mL (1 mL)		
02455323	<i>Brenzys (seringue)</i>	Merck	4	964,00	241,0000
02455331	<i>Brenzys (stylo)</i>	Merck	4	964,00	241,0000
02462869	<i>Erelzi (seringue)</i>	Sandoz	4	964,00	241,0000
02462850	<i>Erelzi SensoReady Pen</i>	Sandoz	4	964,00	241,0000

ÉTANERCEPT (ENBREL)

Pd. Inj. S.C.			25 mg		
02242903	<i>Enbrel</i>	Amgen	4	728,55	182,1375

ÉTRAVIRINE

Co.			100 mg		
02306778	<i>Intence</i>	Janss. Inc	120	671,40	5,5950

Co.			200 mg		
02375931	<i>Intence</i>	Janss. Inc	60	654,00	10,9000

ÉVÉROLIMUS

Co.			2,5 mg PPB		
02369257	<i>Afinitor</i>	Novartis	30	5580,00	186,0000
02492911	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	30	3313,39	➔ 110,4464
02463229	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	30	3313,39	➔ 110,4464

Co.			5 mg PPB		
02339501	<i>Afinitor</i>	Novartis	30	5580,00	186,0000
02492938	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	30	3313,39	➔ 110,4464
02463237	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	30	3313,39	➔ 110,4464

Co.			10 mg PPB		
02339528	<i>Afinitor</i>	Novartis	30	5580,00	186,0000
02492946	<i>Sandoz Everolimus</i>	Sandoz	30	3313,39	➔ 110,4464
02463253	<i>Teva-Everolimus</i>	Teva Can	30	3313,39	➔ 110,4464

ÉVOLOCUMAB

Sol. Inj. S.C. (stylo)			140 mg/mL (1 mL)		
02446057	<i>Repatha</i>	Amgen	2	503,82	251,9100

Sol. Inj. S.C. (mini-doseur)			120 mg/mL (3,5 mL)		
02459779	<i>Repatha</i>	Amgen	1	545,80	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

EXTRAIT ALLERGÉNIQUE DE POLLEN DE GRAMINÉES

Co. S-Ling.

100 IR

02381885	Oralair	Stallergen	3	3,78	1,2600
----------	---------	------------	---	------	--------

Co. S-Ling.

300 IR

02381893	Oralair	Stallergen	30	114,00	3,8000
			90	342,00	3,8000

Co. S-Ling.

2800 UAB

02418304	Grastek	ALK-Abello	30	114,00	3,8000
----------	---------	------------	----	--------	--------

FEBUXOSTAT

Co.

80 mg **PPB**

02490870	Jamp-Febuxostat	Jamp	30	23,85	→ 0,7950
02473607	Mar-Febuxostat	Marcan	100	79,50	→ 0,7950
02357380	Uloric	Takeda	30	47,70	1,5900

FÉSOTÉRODINE (FUMARATE DE)

Co. L.A.

4 mg

02380021	Toviaz	Pfizer	30	45,00	1,5000
----------	--------	--------	----	-------	--------

Co. L.A.

8 mg

02380048	Toviaz	Pfizer	30	45,00	1,5000
----------	--------	--------	----	-------	--------

FIDAXOMICINE

Co.

200 mg

02387174	Difficid	Merck	20	1584,00	79,2000
----------	----------	-------	----	---------	---------

FILGRASTIM

Sol. inj.

300 mcg/mL (1,0 mL)

02485591	Nivestym	Pfizer	10	1443,10	144,3100
----------	----------	--------	----	---------	----------

Sol. inj.

300 mcg/mL (1,6mL)

02485656	Nivestym	Pfizer	10	2309,00	230,9000
----------	----------	--------	----	---------	----------

Sol. Inj. (ser)

600 mcg/mL (0,5 mL)

02441489	Grastofil	Apotex	1	144,31	
			10	1443,10	144,3100
02485575	Nivestym	Pfizer	1	144,31	
			10	1443,10	144,3100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. (ser)			600 mcg/mL (0,8 mL)		
02454548	<i>Grastofil</i>	Apotex	1	230,90	
			10	2309,02	230,9020
02485583	<i>Nivestym</i>	Pfizer	1	230,90	
			10	2309,00	230,9000

FINGOLIMOD (CHLORHYDRATE DE)

Caps.			0,5 mg PPB		
02469936	<i>Apo-Fingolimod</i>	Apotex	28	608,66	➔ 21,7380
02365480	<i>Gilenya</i>	Novartis	28	2384,62	85,1650
02487772	<i>Jamp Fingolimod</i>	Jamp	30	652,14	➔ 21,7380
02474743	<i>Mar-Fingolimod</i>	Marcan	30	652,14	➔ 21,7380
02469715	<i>Mylan-Fingolimod</i>	Mylan	28	608,66	➔ 21,7380
02469782	<i>pms-Fingolimod</i>	Phmscience	28	608,66	➔ 21,7380
02482606	<i>Sandoz Fingolimod</i>	Sandoz	28	608,66	➔ 21,7380
02469618	<i>Taro-Fingolimod</i>	Taro	28	608,66	➔ 21,7380
02469561	<i>Teva-Fingolimod</i>	Teva Can	30	652,14	➔ 21,7380

FLUCONAZOLE

Susp. Orale			50 mg/5 mL		
02024152	<i>Diflucan</i>	Pfizer	35 ml	33,65	0,9614

FOLLITROPINE ALPHA

Pd. Inj.			75 UI		
02248154	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	70,88	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			300 UI		
02270404	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	283,50	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			450 UI		
02270390	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	425,25	

Sol. Inj. S.C. (stylo)			900 UI		
02270382	<i>Gonal-f</i>	Serono	1	850,50	

FOLLITROPINE BÊTA

Cartouche			300 UI		
02243948	<i>Puregon</i>	Merck	1	291,00	

Cartouche			600 UI		
99100718	<i>Puregon</i>	Merck	1	582,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Cartouche				900 UI	
99100637	Puregon	Merck	1	873,00	

Sol. Inj.				50 UI/0,5 mL	
02242439	Puregon	Merck	5	242,50	48,5000

Sol. Inj.				100 UI/0,5 mL	
02242441	Puregon	Merck	5	485,00	97,0000

FOLLITROPINE DELTA 

Cartouche				12 mcg	
02474093	Rekovelte	Ferring	1	178,00	

Cartouche				36 mcg	
02474085	Rekovelte	Ferring	1	536,00	

Cartouche				72 mcg	
02474077	Rekovelte	Ferring	1	1073,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)				12 mcg/0,36 mL	
02487462	Rekovelte	Ferring	1	178,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)				36 mcg/1,08 mL	
02487470	Rekovelte	Ferring	1	536,00	

Sol. Inj. S.C. (stylo)				72 mcg/2,16 mL	
02487489	Rekovelte	Ferring	1	1073,00	

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/ BUDÉSONIDE 

Pd. pour Inh.				6 mcg -100 mcg/dose	
02245385	Symbicort 100 Turbuhaler	AZC	120 dose(s)	62,50	

Pd. pour Inh.				6 mcg -200 mcg/dose	
02245386	Symbicort 200 Turbuhaler	AZC	120 dose(s)	81,25	

FORMOTÉROL DIHYDRATÉ (FUMARATE DE)/MOMÉTASONE (FUROATE DE) 

Aéro. oral				5 mcg - 100 mcg	
02361752	Zenhale	Merck	120 dose(s)	78,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Aéro. oral			5 mcg - 200 mcg		
02361760	Zenhale	Merck	120 dose(s)	96,00	

FORMULE NUTRITIVE - CÉTOGÈNE

Liq.			237 mL à 250 mL suppl.		
99113795	KetoCal 4:1 (toutes saveurs)	Nutricia	27	145,00	5,3704
99113796	KetoVie 4:1 chocolat	Ajinomoto	30	176,50	5,8833
99113797	KetoVie 4:1 vanille	Ajinomoto	30	162,92	5,4307

Pd. Orale			300 g suppl.		
99113792	KetoCal 4:1	Nutricia	6	180,00	30,0000

FORMULE NUTRITIVE - ÉMULSION LIPIDIQUE (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Liq.			89 mL suppl.		
* 99100401	Microlipid	Nestlé H.S	48	141,12	2,9400

FORMULE NUTRITIVE - GLUCOSE POLYMÉRISÉ

Pd. Orale			454 g suppl.		
99101093	SolCarb	Medica	6	59,94	9,9900

FORMULE NUTRITIVE - HUILE DE COCO FRACTIONNÉE

Liq.			suppl.		
99100217	Triglycérides à chaîne moyenne	Nestlé H.S	946 ml	32,23	

FORMULE NUTRITIVE - HYDROLYSAT DE CASÉINE (NOURRISSONS ET ENFANTS)

Liq.			237 mL suppl.		
99100206	Alimentum	Abbott	1	1,41	

Pd. Orale Péd.			454 g suppl.		
99100532	Nutramigen A+	M.J.	1	16,53	
99100533	Pregestimil A+	M.J.	1	17,72	

Pd. Orale Péd.			561 g suppl.		
99101338	Nutramigen A+ LGG	M.J.	561 g	20,42	

FORMULE NUTRITIVE - LAIT ÉCRÉMÉ/ HUILE DE COCO

Pd. Orale			410 g suppl.		
00881201	Portagen	M.J.	1	20,22	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE

Pd. Orale		48,7 g/sachet suppl.			
* 99000229	<i>Vivonex Pédiatrique</i>	Nestlé H.S	6	39,42	6,5700

Pd. Orale		79,5 g/ sac. suppl.			
* 00921017	<i>Vivonex Plus</i>	Nestlé H.S	6	39,39	6,5650

Pd. Orale		80 g/sac. suppl.			
* 00861464	<i>Tolerex</i>	Nestlé H.S	6	23,40	3,9000

Pd. Orale		80,4 g/sac. suppl.			
* 00895229	<i>Vivonex T.E.N.</i>	Nestlé H.S	10	65,60	6,5600

FORMULE NUTRITIVE - MONOMÉRIQUE AVEC FER (NOURRISSONS OU ENFANTS)

Liq.		237 mL suppl.			
99100463	<i>Neocate Splash</i>	Nutricia	27	178,76	6,6207

Pd. Orale Péd.		400 g suppl.			
99100892	<i>Neocate avec DHA et ARA</i>	Nutricia	4	199,28	49,8198
99004402	<i>Neocate Junior</i>	Nutricia	4	191,23	47,8075
99100790	<i>Neocate Junior avec fibres</i>	Nutricia	4	184,00	46,0000
99100715	<i>PurAmino A+</i>	M.J.	1	51,66	
99101278	<i>PurAmino A+ Junior</i>	M.J.	1	47,22	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS

Liq.		1 L suppl.			
* 99003635	<i>Compleat</i>	Nestlé H.S	1	7,45	
99100393	<i>Jevity 1,5 Cal</i>	Abbott	1	10,07	
99003597	<i>Jevity 1.2 cal</i>	Abbott	1	8,06	
99100703	<i>Nepro</i>	Abbott	1	8,01	

Liq.		1,5 L suppl.			
* 99004496	<i>Isosource Fibres 1.0 HP</i>	Nestlé H.S	1	12,15	
* 99000202	<i>Isosource Fibres 1.2</i>	Nestlé H.S	1	10,29	
* 99004127	<i>Isosource Fibres 1.5</i>	Nestlé H.S	1	10,53	
99100645	<i>Jevity 1 cal</i>	Abbott	1	10,63	
99100402	<i>Jevity 1,5 Cal</i>	Abbott	1	15,10	
99003600	<i>Jevity 1.2 cal</i>	Abbott	1	12,09	
* 99100042	<i>Resource pour diabétiques</i>	Nestlé H.S	1	9,79	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Liq.			235 mL à 250 mL suppl.		
* 99000504	<i>Compleat</i>	Nestlé H.S	1	1,90	
* 99004658	<i>Compleat Pédiatrique</i>	Nestlé H.S	1	2,42	
00920347	<i>Glucerna 1.0 Cal</i>	Abbott	1	1,57	
* 99000180	<i>Isosource Fibres 1.0 HP</i>	Nestlé H.S	1	1,98	
* 00801194	<i>Isosource Fibres 1.2</i>	Nestlé H.S	1	1,72	
* 99004135	<i>Isosource Fibres 1.5</i>	Nestlé H.S	1	1,75	
99000482	<i>Jevity 1 cal</i>	Abbott	1	1,65	
99100417	<i>Jevity 1,5 Cal</i>	Abbott	1	2,38	
99003392	<i>Jevity 1.2 cal</i>	Abbott	1	1,89	
99100702	<i>Nepro</i>	Abbott	1	1,90	
* 99003414	<i>Nutren Junior Fibres avec Prebio</i>	Nestlé H.S	1	1,54	
99001381	<i>Pediasure avec fibres</i>	Abbott	1	1,56	
99005050	<i>Pediasure Plus avec fibres</i>	Abbott	1	2,35	
* 99100216	<i>Resource Essentiels Jeunesse 1,5</i>	Nestlé H.S	1	2,17	
* 99002019	<i>Resource pour diabétiques</i>	Nestlé H.S	1	1,63	
99002647	<i>Suplena</i>	Abbott	1	2,00	

Pd. Orale			85 g/sac. suppl.		
99003236	<i>Scandishake Aromatisée</i>	Aptalis	4	11,81	2,9525

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE AVEC RÉSIDUS (INTOLÉRANCE OU ALLERGIE)

Liq.			250 mL suppl.		
99113857	<i>Compleat 1.5</i>	Nestlé H.S	24	64,60	2,6917
99113858	<i>Compleat 1.5 Pédiatrique</i>	Nestlé H.S	24	88,40	3,6833

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS

Liq.			1 L suppl.		
* 99100395	<i>Isosource 2.0</i>	Nestlé H.S	1	9,42	
* 99100244	<i>Novasource Renal</i>	Nestlé H.S	1	8,38	
99100462	<i>TwoCal HN</i>	Abbott	1	9,84	

Liq.			1,5 L suppl.		
* 99000164	<i>Isosource 1.2</i>	Nestlé H.S	1	7,50	
* 99002000	<i>Isosource 1.5</i>	Nestlé H.S	1	10,75	
99003570	<i>Osmolite 1.0 cal</i>	Abbott	1	8,01	
99004216	<i>Osmolite 1.2 cal</i>	Abbott	1	8,08	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Liq.			235 mL à 250 mL suppl.		
* 00898708	<i>Boost 1.5</i>	Nestlé H.S	1	1,45	
* 99000512	<i>Isosource 1.2</i>	Nestlé H.S	1	1,12	
* 00907766	<i>Isosource 1.5</i>	Nestlé H.S	1	1,77	
* 99003546	<i>Novasource Renal</i>	Nestlé H.S	1	1,92	
* 99003406	<i>Nutren Junior</i>	Nestlé H.S	1	1,54	
00895350	<i>Osmolite 1.0 cal</i>	Abbott	1	1,25	
99004224	<i>Osmolite 1.2 cal</i>	Abbott	1	1,25	
99000474	<i>Pediasure</i>	Abbott	1	1,56	
99001543	<i>Promote</i>	Abbott	1	1,36	
* 99003554	<i>Resource 2.0</i>	Nestlé H.S	1	1,92	
99004690	<i>TwoCal HN</i>	Abbott	1	2,32	

FORMULE NUTRITIVE - POLYMÉRIQUE RESTREINTE EN RÉSIDUS - USAGE SPÉCIFIQUE

Pd. Orale			400 g suppl.		
* 99100792	<i>Modulen IBD</i>	Nestlé H.S	1	27,10	

FORMULE NUTRITIVE - PRÉPARATION DE SUIVI POUR PRÉMATURÉS (NOURRISSONS)

Pd. Orale Péd.			363 g suppl.		
99100122	<i>Enfamil Enfacare A+</i>	M.J.	1	14,45	
99100123	<i>Similac Neosure</i>	Abbott	1	14,41	

FORMULE NUTRITIVE - PROTÉINE

Pd. Orale			227 g suppl.		
* 99003783	<i>Beneprotein</i>	Nestlé H.S	6	91,86	15,3100

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE

Liq.			1 L suppl.		
* 99002922	<i>Peptamen 1.5</i>	Nestlé H.S	1	38,36	
* 99100826	<i>Peptamen AF</i>	Nestlé H.S	1	38,08	
99101178	<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i>	Abbott	1	28,88	

Liq.			1,5 L suppl.		
* 99100094	<i>Peptamen avec Prebio 1</i>	Nestlé H.S	1	39,90	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Liq.			220 mL à 250 mL suppl.		
99101181	<i>PediaSure Peptide 1 Cal</i>	Abbott	1	2,49	
* 00908444	<i>Peptamen</i>	Nestlé H.S	1	6,65	
* 99003031	<i>Peptamen 1.5</i>	Nestlé H.S	1	9,59	
* 99100309	<i>Peptamen AF</i>	Nestlé H.S	1	9,77	
* 99004631	<i>Peptamen avec Prebio 1</i>	Nestlé H.S	1	6,65	
* 99000296	<i>Peptamen Junior</i>	Nestlé H.S	1	6,65	
* 99100789	<i>Peptamen Junior 1.5</i>	Nestlé H.S	1	9,98	
99101182	<i>Vital Peptide 1 Cal</i>	Abbott	1	4,39	
99101183	<i>Vital Peptide 1.5 Cal</i>	Abbott	1	6,35	

FORMULE NUTRITIVE - SEMI-ÉLÉMENTAIRE HYPERPROTÉINÉE

Liq.			1 L suppl.		
99101234	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	32,95	

Liq.			250 mL suppl.		
99101235	<i>Peptamen Intense Hyperprotéiné</i>	Nestlé H.S	1	8,24	

FULVESTRANT

Sol. Inj. I.M. (ser)			50 mg/mL (5 mL) PPB		
02248624	<i>Faslodex</i>	AZC	2	1153,11	576,5550
02483610	<i>Fulvestrant Injectable</i>	Sandoz	2	582,90	➔ 291,4500
02460130	<i>Teva-Fulvestrant Injection</i>	Teva Can	2	582,90	➔ 291,4500

GALANTAMINE (BROMHYDRATE DE)

Caps. L.A.			8 mg PPB		
02425157	<i>Auro-Galantamine ER</i>	Aurobindo	30	34,43	➔ 1,1477
			100	114,75	➔ 1,1475
02416573	<i>Galantamine ER</i>	Pro Doc	30	34,43	➔ 1,1477
02443015	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	➔ 1,1475
02420821	<i>Mar-Galantamine ER</i>	Marcan	30	34,43	➔ 1,1477
02339439	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	➔ 1,1477
			100	114,75	➔ 1,1475
02398370	<i>pms-Galantamine ER</i>	Phmscience	30	34,43	➔ 1,1477
			100	114,75	➔ 1,1475

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps. L.A.

16 mg **PPB**

02425165	<i>Auro-Galantamine ER</i>	Aurobindo	30	34,43	➔	1,1477
			100	114,75	➔	1,1475
02416581	<i>Galantamine ER</i>	Pro Doc	30	34,43	➔	1,1477
02443023	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	➔	1,1475
02420848	<i>Mar-Galantamine ER</i>	Marcan	30	34,43	➔	1,1477
02339447	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	➔	1,1477
			100	114,75	➔	1,1475
02398389	<i>pms-Galantamine ER</i>	Phmscience	30	34,43	➔	1,1477
			100	114,75	➔	1,1475

Caps. L.A.

24 mg **PPB**

02425173	<i>Auro-Galantamine ER</i>	Aurobindo	30	34,43	➔	1,1477
			100	114,75	➔	1,1475
02416603	<i>Galantamine ER</i>	Pro Doc	30	34,43	➔	1,1477
02443031	<i>Galantamine ER</i>	Sanis	100	114,75	➔	1,1475
02420856	<i>Mar-Galantamine ER</i>	Marcan	30	34,43	➔	1,1477
02339455	<i>Mylan-Galantamine ER</i>	Mylan	30	34,43	➔	1,1477
			100	114,75	➔	1,1475
02398397	<i>pms-Galantamine ER</i>	Phmscience	30	34,43	➔	1,1477
			100	114,75	➔	1,1475

GANIRELIX 

Sol. Inj. S.C. (ser)

250 mcg/0,5 mL

02245641	<i>Orgalutran</i>	Merck	1	94,71		
----------	-------------------	-------	---	-------	--	--

GÉFITINIB 

Co.

250 mg **PPB**

02468050	<i>Apo-Gefitinib</i>	Apotex	30	1869,15	➔	62,3050
02248676	<i>Iressa</i>	AZC	30	2199,00		73,3000
02500663	<i>Jamp Gefitinib</i>	Jamp	30	1869,15	➔	62,3050
02491796	<i>Nat-Gefitinib</i>	Natco	30	1869,15	➔	62,3050
02487748	<i>Sandoz Gefitinib</i>	Sandoz	30	1869,15	➔	62,3050

GENTAMICINE (SULFATE DE) 

Sol. Inj.

40 mg/mL

02242652	<i>Gentamicine Injection</i>	Sandoz	2 ml	15,56		
----------	------------------------------	--------	------	-------	--	--

GILTÉRITINIB 

Co.

40 mg

+ 02495058	<i>Xospata</i>	Astellas	90	25805,70		286,7300
------------	----------------	----------	----	----------	--	----------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

GLATIRAMÈRE (ACÉTATE DE) - (GLATECT) 

Sol. Inj. S.C. (ser)				20 mg/mL (1 mL)	
02460661	<i>Glatect</i>	Phmscience	30	972,00	32,4000

GLÉCAPRÉVIR/PIBRENTASVIR 

Trousse (orale solide)				100 mg -40 mg	
02467550	<i>Maviret</i>	AbbVie	28	20000,00	714,2857

GLIMÉPIRIDE 

Co.				1 mg	
02269589	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857

Co.				2 mg	
02269597	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857

Co.				4 mg	
02269619	<i>Sandoz Glimepiride</i>	Sandoz	30	11,57	0,3857

GLYCÉRINE ⁵

Supp.					
99100357			12		

GOLIMUMAB 

Sol. Inj. S.C. (App.)				50 mg/0,5 mL	
02324784	<i>Simponi</i>	Janss. Inc	1	1447,00	

Sol. Inj. S.C. (ser)				50 mg/0,5 mL	
02324776	<i>Simponi</i>	Janss. Inc	1	1447,00	

Sol. Perf. I.V.				12,5 mg/mL (4 mL)	
02417472	<i>Simponi I.V.</i>	Janss. Inc	1	826,86	

GONADORÉLINE 

Pd. Inj.				0,8 mg	
02046210	<i>Lutrepulse</i>	Ferring	1	115,00	

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Trousse			3,2 mg - 3,2 mg - 3,2 mg		
02046202	<i>Système Lutrepulse</i>	Ferring	1	924,00	

GONADOTROPHINE CHORIONIQUE

Pd. Inj.			10 000 U PPB		
02247459	<i>Gonadotrophine Chorionique</i>	Fresenius	1	➡ 72,00	
02182904	<i>Pregnyl</i>	Merck	1	➡ 72,00	

GONADOTROPHINES

Pd. Inj.			75 UI		
02283093	<i>Menopur</i>	Ferring	5	275,00	55,0000
02247790	<i>Repronex</i>	Ferring	5	275,00	55,0000

GRANISÉTRON (CHLORHYDRATE DE)

Co.			1 mg PPB		
02308894	<i>Apo-Granisetron</i>	Apotex	10	49,05	➡ 4,9050
02472686	<i>Jamp Granisetron</i>	Jamp	10	48,60	➡ 4,8600
02452359	<i>Nat-Granisetron</i>	Natco	10	49,05	➡ 4,9050

GUANFACINE (CHLORHYDRATE DE)

Co. L.A.			1 mg		
02409100	<i>Intuniv XR</i>	Shire	100	300,00	3,0000

Co. L.A.			2 mg		
02409119	<i>Intuniv XR</i>	Shire	100	365,00	3,6500

Co. L.A.			3 mg		
02409127	<i>Intuniv XR</i>	Shire	100	430,00	4,3000

Co. L.A.			4 mg		
02409135	<i>Intuniv XR</i>	Shire	100	495,00	4,9500

HUILE MINÉRALE

Liq.			100 %		
00704172	<i>Huile Minérale</i>	Atlas	250 ml	2,15	0,0086
			500 ml	3,11	0,0062

Liq. (Rect.)					
00107875	<i>Fleet Huileux</i>	CB Fleet	130 ml	5,59	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE

			0,5 %		
Sol. Oph.					
00000809	<i>Isopto Tears</i>	Alcon	15 ml	4,16	

			1 %		
Sol. Oph.					
00000817	<i>Isopto Tears</i>	Alcon	15 ml	4,70	

HYDROXYPROPYLMÉTHYLCELLULOSE/ DEXTRAN 70

			0,3 % -0,1 %		
Sol. Oph.					
00390291	<i>Tears Naturelle</i>	Alcon	15 ml	5,28	
			30 ml	8,91	
00743445	<i>Tears Naturelle II</i>	Alcon	15 ml	5,10	
			30 ml	9,26	

IBRUTINIB 

			140 mg		
Caps.					
02434407	<i>Imbruvica</i>	Janss. Inc	90	8158,50	90,6500

ICATIBANT (ACÉTATE D') 

			10 mg/mL (3 mL)		
Sol. Inj. S.C. (ser)					
02425696	<i>Firazyr</i>	Shire HGT	1	2700,00	

IDÉLALISIB 

			100 mg		
Co.					
02438798	<i>Zydelig</i>	Gilead	60	5121,00	85,3500

			150 mg		
Co.					
02438801	<i>Zydelig</i>	Gilead	60	5121,00	85,3500

IMATINIB (MÉSULATE D') 

			100 mg PPB		
Co.					
02490986	<i>ACH-Imatinib</i>	Accord	120	624,95	➔ 5,2079
02355337	<i>Apo-Imatinib</i>	Apotex	30	156,24	➔ 5,2079
02253275	<i>Gleevec</i>	Novartis	120	3182,21	26,5184
02495066	<i>Jamp Imatinib</i>	Jamp	120	624,95	➔ 5,2079
02492334	<i>Mint-Imatinib</i>	Mint	120	624,95	➔ 5,2079
02397285	<i>NAT-Imatinib</i>	Natco	30	156,24	➔ 5,2079
02431114	<i>pms-Imatinib</i>	Phmscience	120	624,95	➔ 5,2079
02399806	<i>Teva-Imatinib</i>	Teva Can	120	624,95	➔ 5,2079

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			400 mg PPB		
02490994	<i>ACH-Imatinib</i>	Accord	30	624,94	➡ 20,8314
02355345	<i>Apo-Imatinib</i>	Apotex	30	624,94	➡ 20,8314
02253283	<i>Gleevec</i>	Novartis	30	3182,21	106,0737
02495074	<i>Jamp Imatinib</i>	Jamp	30	624,94	➡ 20,8314
02492342	<i>Mint-Imatinib</i>	Mint	30	624,94	➡ 20,8314
02397293	<i>NAT-Imatinib</i>	Natco	30	624,94	➡ 20,8314
02431122	<i>pms-Imatinib</i>	Phmscience	30	624,94	➡ 20,8314
02399814	<i>Teva-Imatinib</i>	Teva Can	30	624,94	➡ 20,8314

IMATINIB (MÉSULATE D') - TUMEUR STROMALE GASTRO-INTESTINALE 

Co.			100 mg		
99100983	<i>Gleevec</i>	Novartis	120	3182,21	26,5184

Co.			400 mg		
99100982	<i>Gleevec</i>	Novartis	30	3182,21	106,0737

IMIQUIMOD 

Cr. Top.			5 % PPB		
02239505	<i>Aldara P</i>	Valeant	7,5 g	287,52	
02482983	<i>Taro-Imiquimod Pump</i>	Taro	7,5 g	244,39	➡

Cr. Top.			5 % (250 mg)		
02407825	<i>Apo-Imiquimod</i>	Apotex	24	264,72	11,0300

INCOBOTULINUMTOXINA 

Pd. Inj. I.M.			50 UI		
02371081	<i>Xeomin</i>	Merz	1	165,00	

Pd. Inj. I.M.			100 UI		
02324032	<i>Xeomin</i>	Merz	1	330,00	

INDACATÉROL (MALÉATE D')/ GLYCOPYRRONIUM (BROMURE DE) 

Pd. pour inh. (App.)			110 mcg - 50 mcg/caps.		
02418282	<i>Ultibro Breezhaler</i>	Novartis	30	77,49	

INFLIXIMAB 

Pd. Perf. I.V.			100 mg		
02496933	<i>Avsola</i>	Amgen	1	493,00	
02419475	<i>Inflectra</i>	Pfizer	1	525,00	
02470373	<i>Renflexis</i>	Merck	1	493,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

INFLIXIMAB (REMICADE)

Pd. Perf. I.V.

				100 mg	
02244016	<i>Remicade</i>	Janss. Inc	1	940,00	

NOTERSEN

Sol. Inj. S.C. (ser)

				189 mg/mL (1,5 mL)	
02481383	<i>Tegsedi</i>	Akcea	4	32173,95	8043,4874

INSULINE ASPART/ INSULINE ASPART PROTAMINE

Susp. Inj. S.C.

				30 % - 70 % (3 mL)	
02265435	<i>NovoMix30</i>	N.Nordisk	5	52,20	

INSULINE LISPRO/ INSULINE LISPRO PROTAMINE

Susp. Inj. S.C.

				25 % - 75 % (3mL)	
02240294	<i>Humalog Mix 25</i>	Lilly	5	51,44	
02403420	<i>Humalog Mix 25 KwikPen</i>	Lilly	5	51,44	

INTERFÉRON BÊTA-1A

Sol. Inj. I.M.

				30 mcg (6 MUI)	
99100763	<i>Avonex Pen</i>	Biogen	4	1409,85	352,4625
02269201	<i>Avonex PS</i>	Biogen	4	1409,85	352,4625

Sol. Inj. S.C.

				22 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	
02318253	<i>Rebif</i>	Serono	4	1434,74	358,6850

Sol. Inj. S.C.

				44 mcg/0.5 mL (1,5 mL)	
02318261	<i>Rebif</i>	Serono	4	1746,62	436,6550

Sol. Inj. S.C. (ser)

				22 mcg (6 MUI)	
02237319	<i>Rebif</i>	Serono	3	358,69	119,5633

Sol. Inj. S.C. (ser)

				44 mcg (12 MUI)	
02237320	<i>Rebif</i>	Serono	3	436,66	145,5533

INTERFÉRON BÊTA-1B

Pd. Inj.

				0,3 mg PPB	
02169649	<i>Betaseron</i>	Bayer	15	1490,39	➡ 99,3593
			45	4471,17	➡ 99,3593
02337819	<i>Extavia</i>	Novartis	15	1490,39	➡ 99,3593

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
ISAVUCONAZOLE					
Caps. 100 mg					
02483971	Cresemba	Avir	14	1103,62	78,8300
Pd. Perf. I.V. 200 mg					
02483998	Cresemba	Avir	1	400,00	
IVABRADINE (CHLORHYDRATE D')					
Co. 5 mg					
02459973	Lancora	Servier	56	47,63	0,8505
Co. 7,5 mg					
02459981	Lancora	Servier	56	87,18	1,5568
IXÉKIZUMAB					
Sol. Inj. S.C. 80 mg/mL (1 mL)					
02455110	Taltz (seringue)	Lilly	1	1519,00	
02455102	Taltz (stylo)	Lilly	1	1519,00	
KÉTOROLAC (TROMÉTHAMINE DE)					
Sol. Oph. 0,45 % (0,4 mL)					
02369362	Acuvail	Allergan	30	7,25	0,2417
			60	14,50	0,2417
Sol. Oph. 0,5 % PPB					
01968300	Acular	Allergan	5 ml	16,80	
			10 ml	33,60	
02245821	Ketorolac	AA Pharma	5 ml	12,98	
			10 ml	25,96	
LACOSAMIDE					
Co. 50 mg PPB					
02501910	AG-Lacosamide	Angita	100	63,13	➔ 0,6313
02475332	Auro-Lacosamide	Aurobindo	60	37,88	➔ 0,6313
02488388	Jamp-Lacosamide	Jamp	100	63,13	➔ 0,6313
02487802	Mar-Lacosamide	Marcan	60	37,88	➔ 0,6313
02490544	Mint-Lacosamide	Mint	60	37,88	➔ 0,6313
02499568	NRA-Lacosamide	Nora	60	37,88	➔ 0,6313
02478196	Pharma-Lacosamide	Phmscience	60	37,88	➔ 0,6313
02474670	Sandoz Lacosamide	Sandoz	60	37,88	➔ 0,6313
02472902	Teva-Lacosamide	Teva Can	60	37,88	➔ 0,6313
02357615	Vimpat	U.C.B.	60	139,20	2,3200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			100 mg PPB		
02501929	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	87,50	➔ 0,8750
02475340	<i>Auro-Lacosamide</i>	Aurobindo	60	52,50	➔ 0,8750
02488396	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	87,50	➔ 0,8750
02487810	<i>Mar-Lacosamide</i>	Marcan	60	52,50	➔ 0,8750
02490552	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	52,50	➔ 0,8750
02499576	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	52,50	➔ 0,8750
02478218	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	52,50	➔ 0,8750
02474689	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	52,50	➔ 0,8750
02472910	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	52,50	➔ 0,8750
02357623	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	199,20	3,3200

Co.			150 mg PPB		
02501937	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	117,63	➔ 1,1763
02475359	<i>Auro-Lacosamide</i>	Aurobindo	60	70,58	➔ 1,1763
02488418	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	117,63	➔ 1,1763
02487829	<i>Mar-Lacosamide</i>	Marcan	60	70,58	➔ 1,1763
02490560	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	70,58	➔ 1,1763
02499584	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	70,58	➔ 1,1763
02478226	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	70,58	➔ 1,1763
02474697	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	70,58	➔ 1,1763
02472929	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	70,58	➔ 1,1763
02357631	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	259,20	4,3200

Co.			200 mg PPB		
02501945	<i>AG-Lacosamide</i>	Angita	100	145,00	➔ 1,4500
02475367	<i>Auro-Lacosamide</i>	Aurobindo	60	87,00	➔ 1,4500
02488426	<i>Jamp-Lacosamide</i>	Jamp	100	145,00	➔ 1,4500
02487837	<i>Mar-Lacosamide</i>	Marcan	60	87,00	➔ 1,4500
02490579	<i>Mint-Lacosamide</i>	Mint	60	87,00	➔ 1,4500
02499592	<i>NRA-Lacosamide</i>	Nora	60	87,00	➔ 1,4500
02478234	<i>Pharma-Lacosamide</i>	Phmscience	60	87,00	➔ 1,4500
02474700	<i>Sandoz Lacosamide</i>	Sandoz	60	87,00	➔ 1,4500
02472937	<i>Teva-Lacosamide</i>	Teva Can	60	87,00	➔ 1,4500
02357658	<i>Vimpat</i>	U.C.B.	60	319,20	5,3200

LACTULOSE

Sir. ou Sol. Orale

			667 mg/mL PPB		
02242814	<i>Apo-Lactulose</i>	Apotex	500 ml	7,25	➔ 0,0145
			1000 ml	14,50	➔ 0,0145
02295881	<i>Jamp-Lactulose</i>	Jamp	500 ml	7,25	➔ 0,0145
			1000 ml	14,50	➔ 0,0145
02412268	<i>Lactulose</i>	Sanis	500 ml	7,25	➔ 0,0145
			1000 ml	14,50	➔ 0,0145
02247383	<i>Pharma-Lactulose</i>	Phmscience	500 ml	7,25	➔ 0,0145
			1000 ml	14,50	➔ 0,0145
00703486	<i>pms-Lactulose</i>	Phmscience	500 ml	7,25	➔ 0,0145
			1000 ml	14,50	➔ 0,0145
02469391	<i>pms-Lactulose-Pharma</i>	Phmscience	500 ml	7,25	➔ 0,0145
			1000 ml	14,50	➔ 0,0145
00854409	<i>ratio-Lactulose</i>	Ratiopharm	500 ml	7,25	➔ 0,0145
			1000 ml	14,50	➔ 0,0145

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LANTHANE HYDRATÉ (CARBONATE DE) 

Co. Croq.				250 mg	PPB	
02287145	<i>Fosrenol</i>	Shire	90	96,38		1,0709
02498731	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	92,06	➔	1,0229

Co. Croq.				500 mg	PPB	
02287153	<i>Fosrenol</i>	Shire	90	192,74		2,1416
02498758	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	184,13	➔	2,0459

Co. Croq.				750 mg	PPB	
02287161	<i>Fosrenol</i>	Shire	90	290,06		3,2229
02498766	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	277,07	➔	3,0786

Co. Croq.				1000 mg	PPB	
02287188	<i>Fosrenol</i>	Shire	90	384,56		4,2729
02498774	<i>Nat-Lanthanum</i>	Natco	90	367,34	➔	4,0815

LAPATINIB 

Co.				250 mg		
02326442	<i>Tykerb</i>	Novartis	70	1645,00		23,5000

LÉDIPASVIR/SOFOSBUVIR 

Co.				90 mg -400 mg		
02432226	<i>Harvoni</i>	Gilead	28	22333,33		797,6189

LÉNALIDOMIDE 

Caps.				2,5 mg		
02459418	<i>Revlimid</i>	Celgene	21	6919,50		329,5000

Caps.				5 mg		
02304899	<i>Revlimid</i>	Celgene	28	9520,00		340,0000

Caps.				10 mg		
02304902	<i>Revlimid</i>	Celgene	28	10108,00		361,0000

Caps.				15 mg		
02317699	<i>Revlimid</i>	Celgene	21	8022,00		382,0000

Caps.				20 mg		
02440601	<i>Revlimid</i>	Celgene	21	8463,00		403,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.				25 mg	
02317710	Revlimid	Celgene	21	8904,00	424,0000

LENVATINIB

Trousse (orale solide)				4 mg : 4 mg (5 caps.)	
02484056	Lenvima	Eisai	6	977,15	162,8575

Trousse (orale solide)				8 mg : 4 mg (10 caps.)	
02468220	Lenvima	Eisai	6	1954,29	325,7150

Trousse (orale solide)				10 mg : 10 mg (5 caps.)	
02450321	Lenvima	Eisai	6	2149,20	358,2000

Trousse (orale solide)				12 mg : 4 mg (15 caps.)	
02484129	Lenvima	Eisai	6	2931,44	488,5725

Trousse (orale solide)				14 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (5 caps.)	
02450313	Lenvima	Eisai	6	3312,60	552,1000

Trousse (orale solide)				20 mg : 10 mg (10 caps.)	
02450305	Lenvima	Eisai	6	4969,20	828,2000

Trousse (orale solide)				24 mg : 4 mg (5 caps.) et 10 mg (10 caps.)	
02450291	Lenvima	Eisai	6	6625,20	1104,2000

LÉTERMOVIR

Co.				240 mg	
02469375	Prevymis	Merck	28	6684,05	238,7160

Co.				480 mg	
02469383	Prevymis	Merck	28	6684,05	238,7160

Sol. Perf. I.V.				20 mg/mL (12 mL)	
02469367	Prevymis	Merck	1	238,72	

Sol. Perf. I.V.				20 mg/mL (24 mL)	
02469405	Prevymis	Merck	1	469,09	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LÉVOFLOXACINE 

Sol. pour Inh.

100 mg/mL (2,4 mL)

02442302	Quinsair	Horizon	56	3611,37	64,4887
----------	----------	---------	----	---------	---------

LINAGLIPTINE 

Co.

5 mg

02370921	Trajenta	Bo. Ing.	30	67,50	2,2500
			90	202,50	2,2500

LINAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

2,5 mg - 500 mg

02403250	Jentadueto	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837
----------	------------	----------	----	-------	--------

Co.

2,5 mg - 850 mg

02403269	Jentadueto	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837
----------	------------	----------	----	-------	--------

Co.

2,5 mg - 1 000 mg

02403277	Jentadueto	Bo. Ing.	60	71,02	1,1837
----------	------------	----------	----	-------	--------

LINEZOLIDE 

Co.

600 mg **PPB**

02426552	Apo-Linezolid	Apotex	30	1111,50	➔ 37,0500
02422689	Sandoz Linezolid	Sandoz	20	741,00	➔ 37,0500

Sol. Perf. I.V.

2 mg/mL (300 mL) **PPB**

02481278	Linezolid Injection	Jamp	10	887,40	➔ 88,7400
02243685	Zyvoxam	Pfizer	1	99,91	

LIRAGLUTIDE 

Sol. Inj. S.C.

6 mg/mL (3 mL)

02351064	Victoza	N.Nordisk	2	136,98	
			3	205,47	

LISDEXAMFETAMINE (DIMESYLATE DE) 

Caps.

10 mg

02439603	Vyvanse	Shire	100	201,00	2,0100
----------	---------	-------	-----	--------	--------

Caps.

20 mg

02347156	Vyvanse	Shire	100	224,00	2,2400
----------	---------	-------	-----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Caps.				30 mg	
02322951	Vyvance	Shire	100	251,00	2,5100

Caps.				40 mg	
02347164	Vyvance	Shire	100	278,00	2,7800

Caps.				50 mg	
02322978	Vyvance	Shire	100	305,00	3,0500

Caps.				60 mg	
02347172	Vyvance	Shire	100	331,00	3,3100

LOMITAPIDE (MÉSYLATE DE) 

Caps.				5 mg	
02420341	Juxtapid	Aegerion	28	29120,00	1040,0000

Caps.				10 mg	
02420376	Juxtapid	Aegerion	28	29120,00	1040,0000

Caps.				20 mg	
02420384	Juxtapid	Aegerion	28	29120,00	1040,0000

LURASIDONE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.				20 mg	
02422050	Latuda	Sunovion	30	107,10	3,5700

Co.				40 mg	
02387751	Latuda	Sunovion	30	107,10	3,5700

Co.				60 mg	
02413361	Latuda	Sunovion	30	107,10	3,5700

Co.				80 mg	
02387778	Latuda	Sunovion	30	107,10	3,5700

Co.				120 mg	
02387786	Latuda	Sunovion	30	107,10	3,5700

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MACITENTAN 

Co.			10 mg		
02415690	Opsumit	Janss. Inc	30	3495,00	116,5000

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)

Susp. Orale			400 mg/5 mL		
00468401	Lait de Magnésie	Atlas	500 ml	2,49	0,0050

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D')⁵

Co.			100 mg -184 mg		
99002868			50		

Co.			200 mg -200 mg		
99100716			36		

Co.			300 mg -600 mg		
99002450			40		

Susp. Orale			200 mg - 200 mg/5 mL		
99002574			500 ml		

Susp. Orale			300 mg -600 mg/5 mL		
99002442			350 ml		

MARAVIROC 

Co.			150 mg		
02299844	Celsenti	ViiV	60	990,00	16,5000

Co.			300 mg		
02299852	Celsenti	ViiV	60	990,00	16,5000

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MÉMANTINE (CHLORHYDRATE DE)

Co.

10 mg **PPB**

02324067	<i>ACT Memantine</i>	ActavisPhm	30	13,26	➔ 0,4420
			100	44,20	➔ 0,4420
02366487	<i>Apo-Memantine</i>	Apotex	100	44,20	➔ 0,4420
02260638	<i>Ebixa</i>	Lundbeck	30	70,10	2,3367
02409895	<i>Med-Memantine</i>	GMP	100	44,20	➔ 0,4420
02443082	<i>Memantine</i>	Sanis	100	44,20	➔ 0,4420
02446049	<i>Memantine</i>	Sivem	30	13,26	➔ 0,4420
			100	44,20	➔ 0,4420
02321130	<i>pms-Memantine</i>	Phmscience	30	13,26	➔ 0,4420
			100	44,20	➔ 0,4420
02421364	<i>Ran-Memantine</i>	Ranbaxy	30	13,26	➔ 0,4420
			100	44,20	➔ 0,4420
02320908	<i>ratio-Memantine</i>	Ratiopharm	100	44,20	➔ 0,4420
02348950	<i>Riva-Memantine</i>	Riva	30	13,26	➔ 0,4420
			100	44,20	➔ 0,4420
02375532	<i>Sandoz Memantine FCT</i>	Sandoz	100	44,20	➔ 0,4420

MÉPOLIZUMAB

Pd. Inj. S.C.

100 mg

02449781	<i>Nucala</i>	GSK	1	1938,46	
----------	---------------	-----	---	---------	--

Sol. Inj. S.C. (ser)

100 mg/mL

02492997	<i>Nucala</i>	GSK	1	1938,46	
----------	---------------	-----	---	---------	--

Sol. Inj. S.C. (stylo)

100 mg/mL

02492989	<i>Nucala</i>	GSK	1	1938,46	
----------	---------------	-----	---	---------	--

MÉTHYLPHÉNIDATE (CHLORHYDRATE DE)

Caps. L.A.

10 mg

02277166	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	67,45	0,6745
----------	------------------	--------	-----	-------	--------

Caps. L.A.

15 mg

02277131	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	96,57	0,9657
----------	------------------	--------	-----	-------	--------

Caps. L.A.

20 mg

02277158	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	124,68	1,2468
----------	------------------	--------	-----	--------	--------

Caps. L.A.

30 mg

02277174	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	171,18	1,7118
----------	------------------	--------	-----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. L.A.				40 mg	
02277182	<i>Biphentin</i>	Elvium	100	218,15	2,1815
Caps. L.A.				50 mg	
02277190	<i>Biphentin</i>	Elvium	50	132,20	2,6440
Caps. L.A.				60 mg	
02277204	<i>Biphentin</i>	Elvium	50	156,20	3,1240
Caps. L.A.				80 mg	
02277212	<i>Biphentin</i>	Elvium	50	202,86	4,0572
Co. L.A. (12 h)				18 mg	
02441934	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	ActavisPhm	100	50,99	0,5099
02452731	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	50,99	0,5099
02247732	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	203,64	2,0364
02315068	<i>Novo-Methylphenidate ER-C</i>	Teva Can	100	50,99	0,5099
02413728	<i>pms-Methylphenidate ER</i>	Phmscience	100	50,99	0,5099
Co. L.A. (12 h)				27 mg	
02441942	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	ActavisPhm	100	58,84	0,5884
02452758	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	58,84	0,5884
02250241	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	235,01	2,3501
02315076	<i>Novo-Methylphenidate ER-C</i>	Teva Can	100	58,84	0,5884
02413736	<i>pms-Methylphenidate ER</i>	Phmscience	100	58,84	0,5884
Co. L.A. (12 h)				36 mg	
02441950	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	ActavisPhm	100	68,63	0,6863
02452766	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	68,63	0,6863
02247733	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	266,38	2,6638
02315084	<i>Novo-Methylphenidate ER-C</i>	Teva Can	100	68,63	0,6863
02413744	<i>pms-Methylphenidate ER</i>	Phmscience	100	68,63	0,6863
Co. L.A. (12 h)				54 mg	
02441969	<i>ACT Methylphenidate ER</i>	ActavisPhm	100	82,40	0,8240
02330377	<i>Apo-Methylphenidate ER</i>	Apotex	100	82,40	0,8240
02247734	<i>Concerta</i>	Janss. Inc	100	329,12	3,2912
02315092	<i>Novo-Methylphenidate ER-C</i>	Teva Can	100	82,40	0,8240
02413752	<i>pms-Methylphenidate ER</i>	Phmscience	100	82,40	0,8240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MÉTRONIDAZOLE

Gel Vag.

02125226	<i>Nidagel</i>	Valeant	70 g	18,62	0,75 %
----------	----------------	---------	------	-------	--------

MICAFUNGINE SODIQUE

Pd. Perf. I.V.

02294222	<i>Mycamine</i>	Astellas	1	98,00	50 mg
----------	-----------------	----------	---	-------	-------

Pd. Perf. I.V.

02311054	<i>Mycamine</i>	Astellas	1	196,00	100 mg
----------	-----------------	----------	---	--------	--------

MIGALASTAT

Caps.

02468042	<i>Galafold</i>	Amicus	14	23800,00	123 mg	1700,0000
----------	-----------------	--------	----	----------	--------	-----------

MIRABEGRON

Co. L.A.

02402874	<i>Myrbetriq</i>	Astellas	30	43,80	25 mg	1,4600
			90	131,40		1,4600

Co. L.A.

02402882	<i>Myrbetriq</i>	Astellas	30	43,80	50 mg	1,4600
			90	131,40		1,4600

MODAFINIL

Co.

					100 mg	PPB
02285398	<i>Apo-Modafinil</i>	Apotex	100	31,71	➔	0,3171
02430487	<i>Auro-Modafinil</i>	Aurobindo	30	10,28	➔	0,3425
			100	31,71	➔	0,3171
02442078	<i>Bio-Modafinil</i>	Biomed	100	31,71	➔	0,3171
02503727	<i>Jamp Modafinil</i>	Jamp	100	31,71	➔	0,3171
02432560	<i>Mar-Modafinil</i>	Marcan	100	31,71	➔	0,3171
02420260	<i>Teva-Modafinil</i>	Teva Can	30	10,28	➔	0,3425

MULTIVITAMINES ⁵

Caps. ou Co.

99002493			1			
----------	--	--	---	--	--	--

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Croq.					
99002507			1		

NAPROXÈNE/ÉSOMÉPRAZOLE 

Co.					
375 mg - 20 mg PPB					
02458608	<i>Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR</i>	Mylan	60	46,92 ➔	0,7820
02361701	<i>Vimovo</i>	AZC	60	55,20	0,9200

Co.					
500 mg - 20 mg PPB					
02443449	<i>Mylan-Naproxen/ Esomeprazole MR</i>	Mylan	60	46,92 ➔	0,7820
02361728	<i>Vimovo</i>	AZC	60	55,20	0,9200

NATALIZUMAB 

Sol. Inj. I.V.					
300mg/15ml					
02286386	<i>Tysabri</i>	Biogen	1	2451,32	

NÉTUPITANT/PALONOSÉTRON (CHLORHYDRATE DE) 

Caps.					
300 mg - 0,5 mg					
02468735	<i>Akynzeo</i>	Elvium	1	135,00	

NILOTINIB 

Caps.					
150 mg					
02368250	<i>Tasigna</i>	Novartis	112	3054,72	27,2743

Caps.					
200 mg					
02315874	<i>Tasigna</i>	Novartis	112	3947,17	35,2426

NINTEDANIB (ÉSILATE DE) 

Caps.					
100 mg					
02443066	<i>Ofev</i>	Bo. Ing.	60	1630,80	27,1800

Caps.					
150 mg					
02443074	<i>Ofev</i>	Bo. Ing.	30	1630,80	54,3600
			60	3261,60	54,3600

NITRAZÉPAM 

Co.					
5 mg					
00511528	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	100	15,34	0,1534

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				10 mg	
00511536	<i>Mogadon</i>	AA Pharma	100	22,96	0,2296

OCRÉLIZUMAB 

Sol. Perf. I.V.				30 mg/mL (10 mL)	
02467224	<i>Ocrevus</i>	Roche	1	8150,00	

OLAPARIB 

Caps.				50 mg	
* 02454408	<i>Lynparza</i>	AZC	448	7376,99	R

Co.				100 mg	
02475200	<i>Lynparza</i>	AZC	60 120	3953,55 7907,10	65,8925 65,8925

Co.				150 mg	
02475219	<i>Lynparza</i>	AZC	60 120	3953,55 7907,10	65,8925 65,8925

OLODATÉROL (CHLORHYDRATE D')/TIOTROPIUM (BROMURE MONOHYDRATÉ DE) 

Sol. pour Inh. (App.)				2,5 mcg - 2,5 mcg	
02441888	<i>Inspiolto Respimat</i>	Bo. Ing.	60 dose(s)	60,90	

OMALIZUMAB 

Pd. Inj. S.C.				150 mg	
02260565	<i>Xolair</i>	Novartis	1	618,00	

ONABOTULINUMTOXINA 

Pd. Inj. I.M.				50 UI	
99100741	<i>Botox</i>	Allergan	1	178,50	

Pd. Inj. I.M.				100 UI	
01981501	<i>Botox</i>	Allergan	1	357,00	

Pd. Inj. I.M.				200 UI	
99100646	<i>Botox</i>	Allergan	1	714,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ONDANSÉTRON 

Co. Diss. Orale ou Co.

4 mg **PPB**

02369370	<i>AG-Ondansetron</i>	Angita	100	327,20	➔	3,2720
02288184	<i>Apo-Ondansetron</i>	Apotex	10	32,72	➔	3,2720
			30	98,16	➔	3,2720
02458810	<i>CCP-Ondansetron</i>	Cellchem	30	98,16	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02296349	<i>Co Ondansetron</i>	Cobalt	10	32,72	➔	3,2720
02313685	<i>Jamp-Ondansetron</i>	Jamp	10	32,72	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02371731	<i>Mar-Ondansetron</i>	Marcan	10	32,72	➔	3,2720
			30	98,16	➔	3,2720
02305259	<i>Mint-Ondansetron</i>	Mint	10	32,72	➔	3,2720
			30	98,16	➔	3,2720
02487330	<i>Mint-Ondansetron ODT</i>	Mint	10	32,72	➔	3,2720
02297868	<i>Mylan-Ondansetron</i>	Mylan	10	32,72	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02417839	<i>NAT-Ondansetron</i>	Natco	10	32,72	➔	3,2720
			30	98,16	➔	3,2720
02264056	<i>Novo-Ondansetron</i>	Novopharm	10	32,72	➔	3,2720
02421402	<i>Ondansetron</i>	Sanis	100	327,20	➔	3,2720
02481723	<i>Ondansetron ODT</i>	Sandoz	10	32,72	➔	3,2720
02389983	<i>Ondissolve ODF</i>	Takeda	10	32,72	➔	3,2720
02258188	<i>pms-Ondansetron</i>	Phmscience	10	32,72	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02312247	<i>Ran-Ondansetron</i>	Ranbaxy	10	32,72	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02278529	<i>ratio-Ondansetron</i>	Ratiopharm	10	32,72	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02274310	<i>Sandoz Ondansetron</i>	Sandoz	10	32,72	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02376091	<i>Septa-Ondansetron</i>	Septa	10	32,72	➔	3,2720
			100	327,20	➔	3,2720
02448440	<i>VAN-Ondansetron</i>	Vanc Phm	10	32,72	➔	3,2720
02444674	<i>VPI-Ondansetron ODT</i>	VPI	10	32,72	➔	3,2720
02213567	<i>Zofran</i>	Novartis	10	126,60		12,6600
02239372	<i>Zofran ODT</i>	Novartis	10	123,71		12,3710

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. Diss. Orale ou Co.			8 mg PPB		
02369389	AG-Ondansetron	Angita	100	499,30	➔ 4,9930
02288192	Apo-Ondansetron	Apotex	10	49,93	➔ 4,9930
			30	149,79	➔ 4,9930
02458802	CCP-Ondansetron	Cellchem	30	149,79	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02296357	Co Ondansetron	Cobalt	10	49,93	➔ 4,9930
02313693	Jamp-Ondansetron	Jamp	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02371758	Mar-Ondansetron	Marcan	10	49,93	➔ 4,9930
			30	149,79	➔ 4,9930
02305267	Mint-Ondansetron	Mint	10	49,93	➔ 4,9930
			30	149,79	➔ 4,9930
02487349	Mint-Ondansetron ODT	Mint	10	49,93	➔ 4,9930
02297876	Mylan-Ondansetron	Mylan	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02417847	NAT-Ondansetron	Natco	10	49,93	➔ 4,9930
			30	149,79	➔ 4,9930
02325160	Ondansetron	Pro Doc	10	49,93	➔ 4,9930
02421410	Ondansetron	Sanis	100	499,30	➔ 4,9930
02481731	Ondansetron ODT	Sandoz	10	49,93	➔ 4,9930
02389991	Ondissolve ODF	Takeda	10	49,93	➔ 4,9930
02258196	pms-Ondansetron	Phmscience	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02312255	Ran-Ondansetron	Ranbaxy	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02278537	ratio-Ondansetron	Ratiopharm	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02274329	Sandoz Ondansetron	Sandoz	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02376105	Septa-Ondansetron	Septa	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02264064	Teva-Ondansetron	Teva Can	10	49,93	➔ 4,9930
			100	499,30	➔ 4,9930
02448467	VAN-Ondansetron	Vanc Phm	10	49,93	➔ 4,9930
02444682	VPI-Ondansetron ODT	VPI	10	49,93	➔ 4,9930
02213575	Zofran	Novartis	10	193,22	19,3220
02239373	Zofran ODT	Novartis	10	188,77	18,8770

Sol. Orale			4 mg/5 mL PPB		
02490617	Jamp-Ondansetron	Jamp	50 ml	56,80	➔ 1,1360
02291967	Ondansetron	Apotex	50 ml	56,80	➔ 1,1360
02229639	Zofran	Novartis	50 ml	96,61	1,9322

OSIMERTINIB 

Co.			40 mg		
02456214	Tagrisso	AZC	30	8840,29	294,6764

Co.			80 mg		
02456222	Tagrisso	AZC	30	8840,29	294,6764

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

OXCARBAZÉPINE

Co.		150 mg PPB			
02284294	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	62,09	➔ 0,6209
02440717	<i>Jamp-Oxcarbazepine</i>	Jamp	100	62,09	➔ 0,6209

Co.		300 mg PPB			
02284308	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	72,42	➔ 0,7242
02440725	<i>Jamp-Oxcarbazepine</i>	Jamp	100	72,42	➔ 0,7242
02242068	<i>Trileptal</i>	Novartis	50	42,60	0,8520

Co.		600 mg PPB			
02284316	<i>Apo-Oxcarbazepine</i>	Apotex	100	144,84	➔ 1,4484
02440733	<i>Jamp-Oxcarbazepine</i>	Jamp	100	144,84	➔ 1,4484
02242069	<i>Trileptal</i>	Novartis	50	85,20	1,7040

Susp. Orale		60 mg/mL			
02244673	<i>Trileptal</i>	Novartis	250 ml	77,45	0,3098

OXYBUTYNE

Timbre cut.		36 mg			
02254735	<i>Oxytrol</i>	Actavis	8	51,82	6,4775

OXYBUTYNE (CHLORURE D')

Co. L.A.		5 mg			
02243960	<i>Ditropan XL</i>	Janss. Inc	100	183,30	1,8330

Co. L.A.		10 mg			
02243961	<i>Ditropan XL</i>	Janss. Inc	100	183,30	1,8330

OXYCODONE

Co. L.A.		5 mg PPB			
02394170	<i>ACT Oxycodone CR</i>	Teva Can	100	34,02	➔ 0,3402
02366746	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	34,02	➔ 0,3402

Co. L.A.		10 mg PPB			
02394189	<i>ACT Oxycodone CR</i>	Teva Can	100	47,41	➔ 0,4741
02366754	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	47,41	➔ 0,4741
02372525	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	52,68	0,8780
02309882	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	47,41	➔ 0,4741

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co. L.A.			15 mg PPB		
02394766	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	57,24 ➔	0,5724
02372533	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	63,60	1,0600

Co. L.A.			20 mg PPB		
02394197	<i>ACT Oxycodone CR</i>	Teva Can	100	71,12 ➔	0,7112
02366762	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	71,12 ➔	0,7112
02372797	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	79,02	1,3170
02309890	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	71,12 ➔	0,7112

Co. L.A.			30 mg PPB		
02394774	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	93,96 ➔	0,9396
02372541	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	104,40	1,7400

Co. L.A.			40 mg PPB		
02394200	<i>ACT Oxycodone CR</i>	Teva Can	100	123,26 ➔	1,2326
02306530	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	123,26 ➔	1,2326
02372568	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	136,95	2,2825
02309904	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	123,26 ➔	1,2326

Co. L.A.			60 mg PPB		
02394782	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	170,10 ➔	1,7010
02372576	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	189,00	3,1500

Co. L.A.			80 mg PPB		
02394219	<i>ACT Oxycodone CR</i>	Teva Can	100	227,66 ➔	2,2766
02366789	<i>Apo-Oxycodone CR</i>	Apotex	100	227,66 ➔	2,2766
02372584	<i>OxyNEO</i>	Purdue	60	252,96	4,2160
02309912	<i>pms-Oxycodone CR</i>	Phmscience	100	227,66 ➔	2,2766

OXYHYDROXYDE SUCRO-FERRIQUE

Co. Croq.			500 mg (Fe)		
02471574	<i>Velphoro</i>	Vifor	90	378,32	4,2036

PALBOCICLIB

Caps.			75 mg		
02453150	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	253,9124

Caps.			100 mg		
02453169	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	253,9124

Caps.			125 mg		
02453177	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	253,9124

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				75 mg	
02493535	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	253,9124
Co.				100 mg	
02493543	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	253,9124
Co.				125 mg	
02493551	<i>Ibrance</i>	Pfizer	21	5332,16	253,9124
PANSEMENT ABSORBANT - CHLORURE DE SODIUM					
Mèche				1 m	
00920525	<i>Mesalt (1 m)</i>	Mölnlycke	10	44,70	4,4700
Pans.			100 cm ² à 200 cm ² (surface active)		
00899496	<i>Mesalt (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	30	27,29	0,9097
Pans.			201 cm ² à 500 cm ² (surface active)		
99004712	<i>Curity Pansement au chlorure de sodium(15cm x 17cm- 225 cm²)</i>	Covidien	96	202,04	2,1046
Pans.			Moins de 100 cm ² (surface active)		
00899429	<i>Mesalt (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	30	21,25	0,7083
00899518	<i>Mesalt (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Mölnlycke	30	22,99	0,7663

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ABSORBANT - FIBRES GÉLIFIANTES

Mèche

30 cm à 90 cm

99003260	<i>Algisite M 30 cm</i>	S. & N.	5	24,81	4,9620
00921157	<i>Algosteril (30 cm)</i>	Erfa	10	49,97	4,9970
99100955	<i>Aquacel Hydrofiber (1 cm x 45 cm)</i>	Convatec	5	33,93	6,7860
99001705	<i>Aquacel hydrofiber (2 cm x 45 cm)</i>	Convatec	5	41,60	8,3200
99100155	<i>Biatain Alginate (44 cm ou 1" X 17 1/2")</i>	Coloplast	6	41,22	6,8700
99101344	<i>Biosorb (2 cm x 45 cm)</i>	KCI	5	33,10	6,6200
99101379	<i>Exufiber (2 cm x 45 cm)</i>	Mölnlycke	5	33,91	6,7820
00898899	<i>Kaltostat 40 cm</i>	Convatec	5	35,49	7,0980
99100659	<i>Maxorb Extra Post-op Rope (30,5 cm)</i>	Medline	20	80,35	4,0175
99003015	<i>Melgisorb Plus 45 cm</i>	Mölnlycke	5	21,51	4,3020
			50	215,18	4,3036
99100003	<i>Nu-Derm Alginate 30 cm</i>	KCI	25	133,11	5,3244
99100100	<i>Pansement à l'alginate de calcium 30 cm</i>	Covidien	1	4,17	
99100101	<i>Pansement à l'alginate de calcium 60 cm</i>	Covidien	1	5,97	
99100102	<i>Pansement à l'alginate de calcium 90 cm</i>	Covidien	1	10,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		100 cm ² à 200 cm ² (surface active)			
00920223	<i>Algosteril (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Erfa	16	68,00	4,2500
00921092	<i>Algosteril (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Erfa	16	105,50	6,5938
99101009	<i>Aquacel Extra hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99100975	<i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	38,00	3,8000
99101232	<i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	5	38,00	7,6000
99001772	<i>Aquacel hydrofiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	61,44	6,1440
99100153	<i>Biatain Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	34,20	3,4200
99101342	<i>Biosorb (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	KCI	10	37,60	3,7600
99101377	<i>Exufiber (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	35,20	3,5200
00898643	<i>Kaltostat (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	10	85,60	8,5600
99101217	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 14cm-143 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101224	<i>Kendall Pans. sup. alg. calcium (10.2 cmx10.2 cm - 104 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99101216	<i>Kendall pans.à l'alginate calcium (10,2cmx10,2cm-104 cm²)</i>	Covidien	10	13,48	1,3475
99100656	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>	Medline	100	134,75	1,3475
99003007	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	36,46	3,6460
			50	182,33	3,6466
99003023	<i>Melgisorb Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Mölnlycke	10	68,49	6,8490
			50	342,47	6,8494
99100004	<i>Nu-Derm Alginate (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	KCI	50	205,44	4,1088
99100005	<i>Nu-Derm Alginate (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	KCI	25	188,92	7,5568
99003481	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x10-100cm²</i>	3M Canada	10	38,97	3,8970
99100285	<i>Tegaderm 3M-Pansement d'alginateàhauteintégrité 10x20-200cm²</i>	3M Canada	1	7,53	
99100467	<i>Versiva XC Non Adhésif (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	Convatec	10	51,79	5,1790

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99003279	<i>Algisite M (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	S. & N.	10	100,28	10,0280
99101010	<i>Aquacel Extra hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	46,58	9,3160
99100932	<i>Aquacel Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	46,91	9,3820
99100931	<i>Aquacel Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	5	62,55	12,5100
99100934	<i>Aquacel Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	83,40	16,6800
99001764	<i>Aquacel hydrofiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	65,35	13,0700
99100891	<i>Biatain Alginate (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	10	87,75	8,7750
99101343	<i>Biosorb (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	KCI	5	46,70	9,3400
99101378	<i>Exufiber (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	87,75	8,7750
99101218	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (10,2cm x 20,3cm-207 cm²)</i>	Covidien	5	13,20	2,6400
99101219	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (15,2cm x 25,4cm-386 cm²)</i>	Covidien	10	26,40	2,6400
99100657	<i>Maxorb Extra (10,2 cm x 20,3 cm - 207 cm²)</i>	Medline	50	235,00	4,7000
99100468	<i>Versiva XC Non Adhesif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	52,49	10,4980
99100472	<i>Versiva XC Non Adhesif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	96,72	19,3440

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

00920266	<i>Algosteril (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Erfa	10	17,04	1,7040
99101133	<i>Aquacel Extra hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	17,67	1,7670
99100937	<i>Aquacel Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	16,50	1,6500
99001780	<i>Aquacel hydrofiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	24,97	2,4970
99100156	<i>Biatain Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Coloplast	30	52,50	1,7500
99101345	<i>Biosorb (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	KCI	10	17,00	1,7000
99101380	<i>Exufiber (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	16,85	1,6850
00898627	<i>Kaltostat (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	19,02	1,9020
00898635	<i>Kaltostat (7,5 cm x 12 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	10	55,57	5,5570
99101221	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (5,1 cm x 5,1 cm - 26cm²)</i>	Covidien	10	8,40	0,8400
99100658	<i>Maxorb Extra (5,1 cm x 5,1 cm - 26 cm²)</i>	Medline	100	160,50	1,6050
99003066	<i>Melgisorb Plus (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	5	8,92	1,7840
			50	89,23	1,7846
99100006	<i>Nu-Derm Alginate (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	KCI	50	94,33	1,8866
99100466	<i>Versiva XC Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	10	33,95	3,3950

Pans.

Plus de 500 cm² (surface active)

99100888	<i>Aquacel Burn hydrofiber (23 cm x 30 cm - 690 cm²)</i>	Convatec	5	220,00	44,0000
99101220	<i>Kendall pans. à l'alginate calcium (30,5cm x 61cm-1860 cm²)</i>	Covidien	5	220,00	44,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ABSORBANT - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100537	<i>Allewyn Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	49,50	4,9500
99100475	<i>Allewyn Gentle (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	10	100,05	10,0050
00907863	<i>Allewyn Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	1	5,02	
00920738	<i>Allewyn Non Adhésif (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	1	10,01	
99100135	<i>Biatain (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	39,50	3,9500
99100601	<i>Biatain (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	39,50	7,9000
99100298	<i>Biatain Soft-Hold (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	5	19,75	3,9500
99100600	<i>Biatain Soft-Hold (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	39,50	7,9000
99002787	<i>Combiderm Non Adhésif (13 cm x 13 cm - 169 cm²)</i>	Convatec	10	54,88	5,4880
99100794	<i>Cutimed Cavity (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100744	<i>Cutimed Siltec (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	37,44	3,7440
99100745	<i>Cutimed Siltec (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101206	<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	37,44	3,7440
99101207	<i>Cutimed Siltec Plus (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	BSN Med	10	79,00	7,9000
99101188	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (12,7 cm x 12,7 cm - 161 cm²)</i>	Covidien	10	14,61	1,4610
99004801	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Covidien	50	94,88	1,8976
99003244	<i>Mepilex (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	24,70	4,9400
99003252	<i>Mepilex (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>	Mölnlycke	5	46,70	9,3400
99101382	<i>Mepilex XT (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	19,35	3,8700
99101383	<i>Mepilex XT (10 cm x 20 cm - 178,6 cm²)</i>	Mölnlycke	10	38,70	3,8700
99100664	<i>Optifoam Basic (10,2 cm x 12,7 cm - 130 cm²)</i>	Medline	5	34,60	6,9200
99100666	<i>Optifoam Non-Adhesive (10,2 cm x 10,2 cm - 104 cm²)</i>	Medline	10	69,20	6,9200
99100193	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 10-100 cm²</i>	3M Canada	100	146,10	1,4610
99100889	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 20-200 cm²</i>	3M Canada	100	230,56	2,3056
99101349	<i>Tielle non adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	KCI	1	4,41	
			5	39,50	7,9000
			10	39,50	3,9500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99100708	<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Urgo	10	35,32	3,5320

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100536	<i>Allewyn Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	95,60	9,5600
99100535	<i>Allewyn Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	170,00	17,0000
99002949	<i>Allewyn Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	1	9,69	
00907855	<i>Allewyn Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	1	17,22	
99100571	<i>Biatain (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	44,50	8,9000
99100603	<i>Biatain (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	79,00	15,8000
99100572	<i>Biatain Soft-Hold (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	44,50	8,9000
99005034	<i>Combiderm Non Adhésif (15 cm x 25 cm - 375 cm²)</i>	Convatec	1	11,16	
99100793	<i>Cutimed Cavity (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	5	41,51	8,3020
99100746	<i>Cutimed Siltec (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	83,04	8,3040
99100747	<i>Cutimed Siltec (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101208	<i>Cutimed Siltec Plus (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	83,04	8,3040
99101209	<i>Cutimed Siltec Plus (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	BSN Med	5	71,10	14,2200
99101187	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (10,2 cm x 20,3 cm -207 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99101189	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (15,2 cm x 15,2 cm -231 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99101190	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (20,3 cm x 20,3 cm -412 cm²)</i>	Covidien	10	33,60	3,3600
99100602	<i>Mepilex (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	47,00	9,4000
99003538	<i>Mepilex (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	92,60	18,5200
99101384	<i>Mepilex XT (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	40,95	8,1900
			10	81,90	8,1900
99101385	<i>Mepilex XT (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	72,80	14,5600
			10	145,60	14,5600
99100667	<i>Optifoam Non-Adhesive (15,2 cm x 15,2 cm - 231 cm²)</i>	Medline	100	443,45	4,4345
99100196	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 20 x 20-400cm²</i>	3M Canada	30	492,37	16,4123
99101350	<i>Tielle non adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	KCI	10	85,18	8,5180
99101351	<i>Tielle non adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 306 cm²)</i>	KCI	5	54,70	10,9400
99101276	<i>Tielle non-adhésif (21 cm x 22 cm - 462 cm²)</i>	KCI	5	80,00	16,0000
99100709	<i>UrgoTul Absorb Non-Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Urgo	10	74,48	7,4480

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100570	<i>Allevyn Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	1	1,75	
00920711	<i>Allevyn Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	1	1,78	
99100599	<i>Biatain (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	10	13,83	1,3830
99004534	<i>Combiderm Non Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	10	33,54	3,3540
99100743	<i>Cutimed Siltec (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101210	<i>Cutimed Siltec Plus (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	17,07	1,7070
99101191	<i>Kendall pans. mousse hydrophile (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Covidien	10	5,10	0,5100
99004852	<i>Kendall Pansement mousse Hydrophile (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Covidien	25	36,25	1,4500
99100665	<i>Optifoam Basic (7,6 cm x 7,6 cm - 58 cm²)</i>	Medline	200	102,05	0,5103

Pans.

Plus de 500 cm² (surface active)

99100604	<i>Mepilex (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99101386	<i>Mepilex XT (20 cm x 50 cm - 1000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	86,00	43,0000
99100195	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse non adhésif 10 x 60-600 cm²</i>	3M Canada	1	25,78	

Pans.

Sacrum ou triangulaire

99101388	<i>Biatain Silicone Sacrum (15 cm x 19 cm - 222 cm²)</i>	Coloplast	5	52,50	10,5000
99101389	<i>Biatain Silicone Sacrum (25 cm x 25 cm - 405 cm²)</i>	Coloplast	5	67,50	13,5000

Pans. mince

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100749	<i>Cutimed Siltec L (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	34,20	3,4200
99100133	<i>Mepilex Lite (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	1	3,54	

Pans. mince

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100750	<i>Cutimed Siltec L (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	BSN Med	10	57,31	5,7310
99100134	<i>Mepilex Lite (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	1	6,37	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
99100748	<i>Cutimed Siltec L (5 cm x 6 cm - 30 cm²)</i>	BSN Med	10	12,99	1,2990
99100132	<i>Mepilex Lite (6,8 cm x 8,5 cm - 58 cm²)</i>	Mölnlycke	1	2,11	

Pans. mince					
Plus de 500 cm ² (surface active)					
99100605	<i>Mepilex Lite (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	4	154,76	38,6900

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES DE POLYESTER ET RAYONNE

Pans.					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
00920509	<i>Alldress (15 cm x 15 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	28,80	2,8800
00920495	<i>Alldress (15 cm x 20 cm - 150 cm²)</i>	Mölnlycke	10	36,70	3,6700

Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
00920487	<i>Alldress (10 cm x 10 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	23,80	2,3800

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - FIBRES GÉLIFIANTES

Pans.					
100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
99101213	<i>Aquacel Foam (10 cm x 25 cm - 120 cm²)</i>	Convatec	5	40,50	8,1000
99101214	<i>Aquacel Foam (10 cm x 30 cm - 150 cm²)</i>	Convatec	5	50,62	10,1240
99100944	<i>Aquacel Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)</i>	Convatec	10	112,08	11,2080
99100469	<i>Versiva XC Adhésif (14cm x 14cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	70,51	7,0510
99100470	<i>Versiva XC Adhésif (19 cm x 19 cm - 196 cm²)</i>	Convatec	5	69,15	13,8300

Pans.					
201 cm ² à 500 cm ² (surface active)					
99100942	<i>Aquacel Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	5	77,02	15,4040
99100943	<i>Aquacel Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)</i>	Convatec	5	121,52	24,3040
99100471	<i>Versiva XC Adhésif (22 cm x 22 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	5	93,49	18,6980

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100976	<i>Aquacel Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	10	41,70	4,1700
99101212	<i>Aquacel Foam (10 cm x 20 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	5	38,25	7,6500
99100977	<i>Aquacel Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)</i>	Convatec	10	61,20	6,1200
99101185	<i>Aquacel Foam (8 cm x 8 cm - 30 cm²)</i>	Convatec	10	25,50	2,5500
99100464	<i>Versiva XC Adhésif (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	10	41,68	4,1680

Pans.

Sacrum

99100945	<i>Aquacel Foam (16,9 cm x 20 cm - 115 cm²)</i>	Convatec	5	43,00	8,6000
99100465	<i>Versiva XC - Sacrum (21 cm x 25 cm - 218 cm²)</i>	Convatec	5	90,62	18,1240

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ABSORBANT BORDÉ - MOUSSE HYDROPHILE SEULE OU EN ASSOCIATION

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99001667	<i>Allewyn Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	58,65	5,8650
99004585	<i>Allewyn Adhésif (12,5 cm x 22,5 cm - 200 cm²)</i>	S. & N.	10	110,18	11,0180
99100476	<i>Allewyn Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	59,00	5,9000
99100139	<i>Biatain Adhésif (18 cm x 18 cm - 196 cm²)</i>	Coloplast	5	52,92	10,5840
99100654	<i>Biatain Silicone (15 cm x 15 cm - 104 cm²)</i>	Coloplast	5	32,75	6,5500
99100742	<i>Biatain Silicone (17,5 cm x 17,5 cm - 156 cm²)</i>	Coloplast	5	48,95	9,7900
99005026	<i>Combiderm ACD (15 cm x 25 cm - 200 cm²)</i>	Convatec	1	12,00	
99100752	<i>Cutimed Siltec B (15 cm x 15 cm - 100 cm²)</i>	BSN Med	10	58,00	5,8000
99100753	<i>Cutimed Siltec B (17,5 cm x 17,5 cm - 144 cm²)</i>	BSN Med	5	43,61	8,7220
99004321	<i>Mepilex Border (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	1	7,96	
99004348	<i>Mepilex Border (15 cm x 20 cm - 168 cm²)</i>	Mölnlycke	1	11,77	
99110093	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 15 cm - 120 cm²)</i>	Mölnlycke	10	74,10	7,4100
99109793	<i>Mepilex Border Flex (15 cm x 20 cm - 175 cm²)</i>	Mölnlycke	10	108,10	10,8100
99100661	<i>Optifoam (15,2 cm x 15,2 cm - 131 cm²)</i>	Medline	100	440,30	4,4030
99100199	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 14,3-100 cm²</i>	3M Canada	1	6,87	
99100854	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 19cm x 22,2cm-188cm²</i>	3M Canada	5	55,00	11,0000
99004623	<i>Tielle (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	KCI	10	88,48	8,8480
99001799	<i>Tielle (15 cm x 20 cm - 176 cm²)</i>	KCI	5	63,31	12,6620
99001675	<i>Tielle (18 cm x 18 cm - 196 cm²)</i>	KCI	5	56,13	11,2260
99100012	<i>Tielle Plus (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	KCI	10	88,48	8,8480
99004895	<i>Tielle Plus (15 cm x 20 cm - 176 cm²)</i>	KCI	5	64,35	12,8700
99101337	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 20 cm - 141 cm²)</i>	Urgo	10	87,20	8,7200

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99001659	<i>Allewyn Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	1	11,72	
99001896	<i>Allewyn Adhésif (22,5 cm x 22,5 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	1	22,41	
99100477	<i>Allewyn Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	118,00	11,8000
99004526	<i>Combiderm ACD (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	51,54	10,3080
99100754	<i>Cutimed Siltec B (22,5 cm x 22,5 cm - 272 cm²)</i>	BSN Med	5	66,86	13,3720

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99001713	<i>Allewyn Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	24,14	2,4140
99100474	<i>Allewyn Gentle Border (10 cm x 10 cm - 56 cm²)</i>	S. & N.	10	49,00	4,9000
99100612	<i>Biatain Adhésif (10 cm x 10 cm - 28,3 cm²)</i>	Coloplast	10	27,10	2,7100
99100137	<i>Biatain Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	10	44,80	4,4800
99100613	<i>Biatain Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)</i>	Coloplast	10	12,10	1,2100
99100820	<i>Biatain Silicone (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Coloplast	10	32,00	3,2000
99101375	<i>Biatain Silicone (10 cm x 20 cm - 85,3 cm²)</i>	Coloplast	5	35,00	7,0000
99100653	<i>Biatain Silicone (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	10	52,00	5,2000
99004968	<i>Combiderm ACD (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	1	3,20	
99001853	<i>Combiderm ACD (13 cm x 13 cm - 81 cm²)</i>	Convatec	10	45,83	4,5830
99101205	<i>Cutimed Siltec B (10 cm x 22,5 cm - 99 cm²)</i>	BSN Med	10	87,12	8,7120
99100751	<i>Cutimed Siltec B (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	BSN Med	10	52,00	5,2000
99004313	<i>Mepilex Border (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i>	Mölnlycke	1	4,55	
99100445	<i>Mepilex Border (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>	Mölnlycke	5	44,17	8,8340
99100355	<i>Mepilex Border (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)</i>	Mölnlycke	5	29,45	5,8900
99100606	<i>Mepilex Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	5	11,90	2,3800
99109593	<i>Mepilex Border Flex (10 cm x 10 cm - 41 cm²)</i>	Mölnlycke	10	36,00	3,6000
99109693	<i>Mepilex Border Flex (12,5 cm x 12,5 cm - 71 cm²)</i>	Mölnlycke	10	62,40	6,2400
99109893	<i>Mepilex Border Flex (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	Mölnlycke	10	17,50	1,7500
99100660	<i>Optifoam (10,2 cm x 10,2 cm - 40 cm²)</i>	Medline	100	243,10	2,4310
99100198	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 10cm x 11cm-46cm²</i>	3M Canada	1	4,41	
99100853	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 14,3 x 15,6-86 cm²</i>	3M Canada	5	25,00	5,0000
99100197	<i>Tegaderm 3M-Pansement en mousse adhésif 8,8cm x 8,8cm-25cm²</i>	3M Canada	1	2,68	
99001683	<i>Tielle (11 cm x 11 cm - 49 cm²)</i>	KCI	10	54,78	5,4780
99100538	<i>Tielle (7 cm x 9 cm - 15 cm²)</i>	KCI	10	16,78	1,6780
99004887	<i>Tielle Plus (11 cm x 11 cm - 49 cm²)</i>	KCI	10	55,07	5,5070
99101310	<i>UrgoTul Absorb Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Urgo	10	31,50	3,1500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
99101309	<i>UrgoTul Absorb Border (15 cm x 15 cm - 93 cm²)</i>	Urgo	10	61,80	6,1800

Pans.

Sacrum ou triangulaire

99004259	<i>Allevyn Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i>	S. & N.	1	9,39	
99002957	<i>Allevyn Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i>	S. & N.	1	17,05	
99101315	<i>Biatain adhésif (Sacrum 23 cm x 23 cm - 123 cm²)</i>	Coloplast	5	46,35	9,2700
99005018	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 96 cm²)</i>	Convatec	1	8,62	
99100105	<i>Combiderm ACD (Triangulaire 20 cm x 22,5 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	1	14,39	
99100447	<i>Mepilex Border Sacrum (16 cm x 20 cm - 120 cm²)</i>	Mölnlycke	10	95,80	9,5800
99100448	<i>Mepilex Border Sacrum (22 cm x 25 cm - 240 cm²)</i>	Mölnlycke	10	139,60	13,9600
99100001	<i>Tielle Plus (Sacrum 15 cm x 15 cm - 70 cm²)</i>	KCI	10	63,33	6,3330
99101316	<i>UrgoTul Absorb Border (Sacrum) (20 cm x 20 cm - 154 cm²)</i>	Urgo	10	137,50	13,7500

Pans. mince

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100887	<i>Allevyn Gentle Border Lite (15 cm x 15 cm - 146 cm²)</i>	S. & N.	10	59,95	5,9950
99101328	<i>Foam Lite Convatec (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Convatec	10	49,70	4,9700
99100297	<i>Mepilex Border Lite (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	5	24,88	4,9760

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99100886	<i>Allevyn Gentle Border Lite (10 cm x 10 cm - 52 cm²)</i>	S. & N.	10	36,83	3,6830
99100885	<i>Allevyn Gentle Border Lite (5,5 cm x 12 cm - 27 cm²)</i>	S. & N.	10	25,69	2,5690
99100884	<i>Allevyn Gentle Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 23 cm²)</i>	S. & N.	10	20,15	2,0150
99100952	<i>Biatain Silicone Lite (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Coloplast	10	24,80	2,4800
99100890	<i>Biatain Silicone Lite (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	10	27,80	2,7800
99101211	<i>Biatain silicone lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	Coloplast	10	17,50	1,7500
99101327	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 10 cm - 42,25 cm²)</i>	Convatec	10	40,00	4,0000
* 99101893	<i>Foam Lite Convatec (10 cm x 20 cm - 97,5 cm²)</i>	Convatec	10	82,51	8,2510
99101329	<i>Foam Lite Convatec (5,5 cm x 12 cm - 24 cm²)</i>	Convatec	10	22,50	2,2500
99101326	<i>Foam Lite Convatec (8cm x 8 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	23,67	2,3670
99100296	<i>Mepilex Border Lite (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i>	Mölnlycke	5	14,94	2,9880
99100293	<i>Mepilex Border Lite (4 cm x 5 cm - 6 cm²)</i>	Mölnlycke	10	13,89	1,3890
99100294	<i>Mepilex Border Lite (5 cm x 12,5 cm - 21 cm²)</i>	Mölnlycke	5	10,68	2,1360
99100295	<i>Mepilex Border Lite (7,5 cm x 7,5 cm - 20 cm²)</i>	Mölnlycke	5	8,90	1,7800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - ARGENT

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100559	<i>Allewyn Ag Gentle (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100456	<i>Allewyn Ag Non Adhésif (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	74,10	7,4100
99100953	<i>Aquacel Ag Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	63,90	6,3900
99100998	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99101228	<i>Aquacel Ag+Extra (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	10	65,00	6,5000
99100324	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	5	33,25	6,6500
99100325	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	66,50	13,3000
99100541	<i>Biatain Alginate Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	52,50	5,2500
99101452	<i>Exufiber Ag+ (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	64,70	6,4700
99100545	<i>Melgisorb Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	10	59,74	5,9740
99100366	<i>Mepilex Ag (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Mölnlycke	5	34,33	6,8660
99100367	<i>Mepilex Ag (10 cm x 20 cm - 179 cm²)</i>	Mölnlycke	5	64,67	12,9340
99100663	<i>Optifoam Ag Non-Adhesive (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Medline	100	453,00	4,5300
99100288	<i>Silvercel (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	KCI	5	80,44	16,0880
99100289	<i>Silvercel (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	KCI	10	96,00	9,6000
99101346	<i>Silvercel non adhérent (10 cm x 20 cm - 200 cm²)</i>	KCI	5	64,99	12,9980
99101347	<i>Silvercel non adhérent (11 cm x 11 cm - 121 cm²)</i>	KCI	10	78,64	7,8640
99100852	<i>Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 10,2x12,7-129 cm²</i>	3M Canada	10	59,70	5,9700
99100349	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cm x 20cm-200cm²)</i>	3M Canada	1	7,94	
99100348	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (10cmx12,7cm-127cm²)</i>	3M Canada	1	5,24	
99100562	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (10 cm x 10 cm -100 cm²)</i>	Urgo	10	83,27	8,3270

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100560	<i>Allewyn Ag Gentle (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	157,50	15,7500
99100561	<i>Allewyn Ag Gentle (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	280,40	28,0400
99100455	<i>Allewyn Ag Non Adhésif (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	159,50	15,9500
99100457	<i>Allewyn Ag Non Adhésif (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	S. & N.	10	283,96	28,3960
99100326	<i>Aquacel AG (14,5 cm x 14,5 cm - 210 cm²)</i>	Convatec	5	93,02	18,6040
99100954	<i>Aquacel Ag Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	73,13	14,6260
99101000	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99101001	<i>Aquacel Ag Foam (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	5	99,60	19,9200
99101005	<i>Aquacel Ag Foam (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	5	132,80	26,5600
99101229	<i>Aquacel Ag+Extra (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	5	74,70	14,9400
99100595	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	74,81	14,9620
99100329	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	124,80	24,9600
99101381	<i>Exufiber Ag+ (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	148,10	14,8100
99100543	<i>Melgisorb Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	10	102,29	10,2290
99100368	<i>Mepilex Ag (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Mölnlycke	5	77,06	15,4120
99100369	<i>Mepilex Ag (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Mölnlycke	5	124,83	24,9660
99100350	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (20cm x 20cm-400cm²)</i>	3M Canada	1	15,52	
99100825	<i>UrgoCell Ag Absorb Non-Adhésif (15 cm x 20 cm -300 cm²)</i>	Urgo	10	194,40	19,4400

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.					
Moins de 100 cm ² (surface active)					
99100557	<i>Allewyn Ag Gentle (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100450	<i>Allewyn Ag Non Adhésif (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	43,02	4,3020
99100338	<i>Aquacel AG (9,5 cm x 9,5 cm - 90 cm²)</i>	Convatec	10	102,78	10,2780
99100974	<i>Aquacel Ag Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,34	2,8340
99101006	<i>Aquacel Ag Foam (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99101231	<i>Aquacel Ag+Extra (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Convatec	10	28,38	2,8380
99100594	<i>Biatain Ag Non-Adhesive (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	5	11,64	2,3280
99101454	<i>Exufiber Ag+ (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	28,00	2,8000
99100544	<i>Melgisorb Ag (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	10	27,75	2,7750
99100287	<i>Silvercel (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	KCI	10	31,70	3,1700
99101348	<i>Silvercel non adhérent (5 cm x 5 cm - 25 cm²)</i>	KCI	10	28,36	2,8360
99100851	<i>Tegaderm 3M-Pansement alginate ions argent 5,1 x 5,1-26cm²</i>	3M Canada	10	27,50	2,7500
99100347	<i>Tegaderm 3M-Pansement aux ions d'argent (5cm x 5cm - 25 cm²)</i>	3M Canada	1	2,55	

Pans.					
Plus de 500 cm ² (surface active)					
99100235	<i>Acticoat (20 cm x 40 cm - 600 cm²)</i>	S. & N.	1	66,28	
99100236	<i>Acticoat (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	1	130,27	
99100593	<i>Acticoat Flex 3 (40 cm x 40 cm - 1 600 cm²)</i>	S. & N.	6	781,62	130,2700
99100328	<i>Aquacel AG (19,5 cm x 29,5 cm - 575 cm²)</i>	Convatec	5	224,00	44,8000
99100973	<i>Aquacel Ag Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101230	<i>Aquacel Ag+Extra (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	5	233,70	46,7400
99101453	<i>Exufiber Ag+ (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	5	233,00	46,6000
99100596	<i>Mepilex Ag (20 cm x 50 cm - 1 000 cm²)</i>	Mölnlycke	2	106,20	53,1000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans.			Sacrum ou triangulaire		
99100451	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (17 cm x 17 cm - 123 cm²)</i>	S. & N.	10	151,40	15,1400
99100452	<i>Allevyn Ag Adhésif Sacrum (23 cm x 23 cm - 237 cm²)</i>	S. & N.	10	244,30	24,4300
99101094	<i>Aquacel Ag Foam (17 cm x 20 cm - 115 cm²)</i>	Convatec	5	60,95	12,1900
99100247	<i>Biatain Ag Adhesive (Sacrum 23 cm x 23 cm - 200 cm²)</i>	Coloplast	5	100,00	20,0000
99100800	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (23 cm x 23 cm - 239 cm²)</i>	Mölnlycke	1	22,87	
99100801	<i>Mepilex Border Sacrum Ag (18 cm x 18 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,09	

PANSEMENT ANTIMICROBIEN - IODE

Pâte

99100098	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	5 g 10 g 17 g	8,49 16,99 28,86	
----------	-----------------	---------	---------------------	------------------------	--

Pom. Top.

99100099	<i>Iodosorb</i>	S. & N.	10 g 20 g 40 g	13,72 27,44 54,88	
----------	-----------------	---------	----------------------	-------------------------	--

PANSEMENT ANTIMICROBIEN BORDÉ - ARGENT

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100453	<i>Allevyn Ag Adhésif (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99100564	<i>Allevyn Ag Gentle Border (12,5 cm x 12,5 cm - 100 cm²)</i>	S. & N.	10	118,19	11,8190
99101002	<i>Aquacel Ag Foam (17,5 cm x 17,5 cm - 182 cm²)</i>	Convatec	10	220,52	22,0520
99100597	<i>Biatain Ag Adhesive (18 cm x 18 cm - 169 cm²)</i>	Coloplast	5	92,95	18,5900
99113835	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 30 cm - 140 cm²)</i>	Coloplast	5	77,15	15,4300
99101274	<i>Biatain silicone Ag (15 cm x 15 cm - 110 cm²)</i>	Coloplast	5	65,16	13,0320
99101277	<i>Biatain silicone Ag (17,5 cm x 17,5 cm - 168 cm²)</i>	Coloplast	5	99,89	19,9780
99100799	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 25 cm - 99 cm²)</i>	Mölnlycke	1	15,67	
99100712	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 15 cm - 121 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,87	
99100713	<i>Mepilex Border Ag (15 cm x 20 cm - 168 cm²)</i>	Mölnlycke	1	19,86	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. 201 cm ² à 500 cm ² (surface active)					
99100454	<i>Allevyn Ag Adhésif (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99100565	<i>Allevyn Ag Gentle Border (17,5 cm x 17,5 cm - 225 cm²)</i>	S. & N.	10	276,70	27,6700
99101007	<i>Aquacel Ag Foam (21 cm x 21 cm - 289 cm²)</i>	Convatec	5	177,74	35,5480
99101008	<i>Aquacel Ag Foam (25 cm x 30 cm - 456 cm²)</i>	Convatec	5	280,44	56,0880

Pans. Moins de 100 cm ² (surface active)					
99100449	<i>Allevyn Ag Adhésif (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99100563	<i>Allevyn Ag Gentle Border (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	S. & N.	10	53,00	5,3000
99101003	<i>Aquacel Ag Foam (10 cm x 10 cm - 49 cm²)</i>	Convatec	10	81,88	8,1880
99101091	<i>Aquacel Ag Foam (12,5 cm x 12,5 cm - 72 cm²)</i>	Convatec	10	120,31	12,0310
99101092	<i>Aquacel Ag Foam (8 cm x 8 cm - 32 cm²)</i>	Convatec	10	53,47	5,3470
99100245	<i>Biatain Ag Adhesive (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	5	35,20	7,0400
99100598	<i>Biatain Ag Adhesive (7,5 cm x 7,5 cm - 12,6 cm²)</i>	Coloplast	5	13,20	2,6400
99100926	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 10 cm - 30 cm²)</i>	Coloplast	5	24,75	4,9500
99113834	<i>Biatain Silicone Ag (10 cm x 20 cm - 85 cm²)</i>	Coloplast	5	68,20	13,6400
99100927	<i>Biatain Silicone Ag (12,5 cm x 12,5 cm - 64 cm²)</i>	Coloplast	5	50,55	10,1100
99100710	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 10 cm - 42 cm²)</i>	Mölnlycke	1	6,94	
99100798	<i>Mepilex Border Ag (10 cm x 20 cm - 96 cm²)</i>	Mölnlycke	1	13,88	
99100711	<i>Mepilex Border Ag (7,5 cm x 7,5 cm - 25 cm²)</i>	Mölnlycke	1	4,67	
99100662	<i>Optifoam Ag Adhesive (10 cm x 10 cm - 40 cm²)</i>	Medline	100	433,00	4,3300

Pans. Sacrum ou triangulaire					
99113837	<i>Biatain Silicone Ag (25 cm x 25 cm - 289 cm²)</i>	Coloplast	5	146,20	29,2400
99113836	<i>Biatain Silicone Ag Sacrum (15 cm x 19 cm - 153 cm²)</i>	Coloplast	5	78,55	15,7100

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PANSEMENT ANTI-ODEUR - CHARBON ACTIVÉ

Pans.		100 cm ² à 200 cm ² (surface active)			
99001802	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 10,5 cm - 110 cm²)</i>	KCI	50	95,12	1,9024
99001810	<i>Actisorb Silver (10,5 cm x 19 cm - 200 cm²)</i>	KCI	50	212,90	4,2580

Pans.		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99100103	<i>Actisorb Silver (6,5 cm x 9,5 cm - 62 cm²)</i>	KCI	1	2,70	

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Pans.		100 cm ² à 200 cm ² (surface active)			
99100609	<i>Comfeel Plus Ulcer (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	28,00	2,8000
00899666	<i>DuoDERM CGF (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	5	21,70	4,3400
99004984	<i>DuoDERM Signal (14 cm x 14 cm - 188 cm²)</i>	Convatec	20	86,82	4,3410
99004720	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(12,2cm x 10,2cm-104cm²)</i>	Covidien	1	8,15	
00801011	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 10 cm - 100cm²)</i>	3M Canada	5	18,00	3,6000
			1	3,55	

Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100610	<i>Comfeel Plus Ulcer (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	31,50	6,3000
99100611	<i>Comfeel Plus Ulcer (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Coloplast	5	56,00	11,2000
00899674	<i>DuoDERM CGF (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	1	9,50	
00801046	<i>DuoDERM CGF (15 cm x 20 cm - 300 cm²)</i>	Convatec	1	12,65	
00899682	<i>DuoDERM CGF (20 cm x 20 cm - 400 cm²)</i>	Convatec	1	16,87	
99004992	<i>DuoDERM Signal (20 cm x 20 cm - 388 cm²)</i>	Convatec	1	16,36	
99004747	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(15,2cm x 20,3cm-309cm²)</i>	Covidien	30	229,90	7,6633
99004755	<i>Pansement Hydrocolloïde à l'alginate(20,3cm x 20,3cm-412cm²)</i>	Covidien	30	273,20	9,1067
00800996	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (15 cm x 15 cm - 225cm²)</i>	3M Canada	1	8,50	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. Moins de 100 cm ² (surface active)					
99100608	<i>Comfeel Plus Ulcer (4 cm x 6 cm - 24 cm²)</i>	Coloplast	30	20,16	0,6720
99004976	<i>DuoDERM Signal (10 cm x 10 cm - 94 cm²)</i>	Convatec	1	4,09	
Pans. Plus de 500 cm ² (surface active)					
00800988	<i>DuoDERM CGF (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Convatec	1	17,92	
Pans. Sacrum ou triangulaire					
99100148	<i>Comfeel Plus Triangle (18 cm x 20 cm - 180 cm²)</i>	Coloplast	5	46,75	9,3500
00907758	<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 99 cm²)</i>	Convatec	1	5,43	
00907782	<i>DuoDERM CGF Border (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 270 cm²)</i>	Convatec	1	11,17	
99100108	<i>DuoDERM Signal (Sacrum 20 cm x 23 cm - 258 cm²)</i>	Convatec	1	14,13	
99100107	<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 15 cm x 18 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	1	10,65	
99100106	<i>DuoDERM Signal (Triangulaire 20 cm x 23 cm - 322 cm²)</i>	Convatec	1	16,33	
Pans. mince 100 cm ² à 200 cm ² (surface active)					
99100143	<i>Comfeel Plus Clear (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Coloplast	10	28,10	2,8100
99101135	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 25 cm - 125 cm²)</i>	Coloplast	10	36,20	3,6200
99100147	<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 14 cm - 126 cm²)</i>	Coloplast	10	36,60	3,6600
99000261	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	1 10	3,00 30,00	3,0000
00920029	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (10 cm x 15 cm - 118 cm²)</i>	Convatec	1	3,82	
00920088	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 20 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	1	3,24	
99100655	<i>Exuderm OdorShield (10 cm x 10 cm - 100 cm²)</i>	Medline	10	21,28	2,1280
99100290	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 10cm-100cm²</i>	3M Canada	1	3,10	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Pans. mince		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
99100144	<i>Comfeel Plus Clear (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	27,30	5,4600
99101136	<i>Comfeel Plus Clear (9 cm x 25 cm - 225 cm²)</i>	Coloplast	5	27,25	5,4500
00908134	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (15 cm x 15 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	1	5,77	

Pans. mince		Moins de 100 cm ² (surface active)			
99101134	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 15 cm - 75 cm²)</i>	Coloplast	10	26,20	2,6200
99100146	<i>Comfeel Plus Clear (5 cm x 7 cm - 35 cm²)</i>	Coloplast	10	15,80	1,5800
00920231	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (5 cm x 10 cm - 50 cm²)</i>	Convatec	1	1,96	
00920010	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (7,5 cm x 7,5 cm - 56 cm²)</i>	Convatec	1	2,60	

Pans. mince		Sacrum			
00920037	<i>DuoDERM CGF Extra-Mince (Sacrum 15 cm x 18 cm - 216 cm²)</i>	Convatec	1	8,43	
99100652	<i>Exuderm OdorShield Sacral (15,2 cm x 16,3 cm - 271 cm²)</i>	Medline	5	36,79	7,3580

PANSEMENT DE RÉTENTION DE L'HUMIDITÉ BORDÉ - HYDROCOLLOÏDE OU POLYURÉTHANE

Pans.		100 cm ² à 200 cm ² (surface active)			
00907707	<i>DuoDERM CGF Border (14 cm x 14 cm - 100 cm²)</i>	Convatec	1	4,39	
00800961	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (17 cm x 20 cm - 187cm²)</i>	3M Canada	1	6,50	

Pans.		201 cm ² à 500 cm ² (surface active)			
00907715	<i>DuoDERM CGF Border (20 cm x 20 cm - 225 cm²)</i>	Convatec	1	11,35	

Pans.		Moins de 100 cm ² (surface active)			
00907804	<i>DuoDERM CGF Border (10 cm x 10 cm - 36 cm²)</i>	Convatec	1	2,31	
00801038	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (10 cm x 12 cm - 50 cm²)</i>	3M Canada	1	2,99	
00801003	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde (13 cm x 15 cm - 94 cm²)</i>	3M Canada	1	4,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pans.

Sacrum

99100855	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde 16,1cm x 17,1cm-172cm²</i>	3M Canada	6	54,81	9,1350
----------	--	-----------	---	-------	--------

Pans. mince

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100292	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 17cm x 20cm-187cm²</i>	3M Canada	1	5,61	
----------	--	-----------	---	------	--

Pans. mince

Moins de 100 cm² (surface active)

99100857	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 10cm x 12cm-63cm²</i>	3M Canada	10	19,56	1,9560
99100291	<i>Tegaderm 3M-Pansement hydrocolloïde mince 13cm x 15cm-94cm²</i>	3M Canada	1	3,38	

PANSEMENT INTERFACE - POLYAMIDE OU SILICONE

Pans.

100 cm² à 200 cm² (surface active)

99100239	<i>Mepitel (10 cm x 18 cm - 180 cm²)</i>	Mölnlycke	1	7,40	
99100353	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x20-150cm²</i>	3M Canada	1	5,23	

Pans.

201 cm² à 500 cm² (surface active)

99100354	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 20x25-500cm²</i>	3M Canada	1	15,84	
----------	---	-----------	---	-------	--

Pans.

Moins de 100 cm² (surface active)

99100237	<i>Mepitel (5 cm x 7,5 cm - 38 cm²)</i>	Mölnlycke	1	3,48	
99100238	<i>Mepitel (7,5 cm x 10 cm - 75 cm²)</i>	Mölnlycke	1	4,52	
99100352	<i>Tegaderm 3M-Couche pré-revêtement non adhérent 7,5x10-75cm²</i>	3M Canada	1	3,39	

Pans.

Plus de 500 cm² (surface active)

99100240	<i>Mepitel (20 cm x 30 cm - 600 cm²)</i>	Mölnlycke	1	21,36	
----------	---	-----------	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PARAFFINE/HUILE MINÉRALE

Pom. Oph.

57,3 % - 42,5 %

00210889	<i>Lacrilube</i>	Allergan	3,5 g 7 g	6,98 9,85	
----------	------------------	----------	--------------	--------------	--

PATISIRAN 

Sol. Perf. I.V.

2 mg/mL (5 mL)

02489252	<i>Onpatro</i>	Alnylam	1	10502,41	
----------	----------------	---------	---	----------	--

PAZOPANIB (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

200 mg

02352303	<i>Votrient</i>	Novartis	120	4129,20	34,4100
----------	-----------------	----------	-----	---------	---------

PEGFILGRASTIM 

Sol. Inj. S.C. (ser)

10 mg/mL (0,6 mL)

* 02484153	<i>Fulphila</i>	BGP Pharma	1	1375,00	
02474565	<i>Lapelga</i>	Apotex	1	1424,63	
+ 02506238	<i>Nyvepria</i>	Pfizer	1	1375,00	
02497395	<i>Ziextenzo</i>	Sandoz	1	1424,63	

PEGINTERFÉRON ALFA-2A 

Sol. Inj. S.C.

180 mcg/0.5 mL

02248077	<i>Pegasys</i>	Roche	1	395,84	
----------	----------------	-------	---	--------	--

PENTOXIFYLLINE 

Co. L.A.

400 mg

02230090	<i>Pentoxifylline SR</i>	AA Pharma	100	58,46	0,5846
----------	--------------------------	-----------	-----	-------	--------

PÉRAMPANEL 

Co.

2 mg

02404516	<i>Fycompa</i>	Eisai	7	66,15	9,4500
----------	----------------	-------	---	-------	--------

Co.

4 mg

02404524	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500
----------	----------------	-------	----	--------	--------

Co.

6 mg

02404532	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500
----------	----------------	-------	----	--------	--------

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				8 mg	
02404540	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500

Co.				10 mg	
02404559	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500

Co.				12 mg	
02404567	<i>Fycompa</i>	Eisai	28	264,60	9,4500

PHÉNYLBUTYRATE DE GLYCÉROL

Liq.				1,1 g/mL	
02453304	<i>Ravicti</i>	Horizon	25 ml	1200,00	48,0000

PHOSPHATE MONOBASIQUE DE SODIUM/ PHOSPHATE DIBASIQUE DE SODIUM

Sol. Rect.				160 mg -60 mg/mL	PPB
00009911	<i>Fleet</i>	CB Fleet	130 ml	3,07	
02096900	<i>Lax-A NEMA</i>	Pendopharm	130 ml	2,66	

Sol. Rect. Péd.				160 mg -60 mg/mL	PPB
00108065	<i>Fleet Pédiatrique</i>	CB Fleet	65 ml	3,90	
99101425	<i>Lax-A Nema Pédiatrique</i>	Pendopharm	67 ml	2,66	

PIMÉCROLIMUS

Cr. Top.				1 %	
02247238	<i>Elidel</i>	Valeant	30 g	62,94	2,0980
			60 g	125,89	2,0982

PIOGLITAZONE (CHLORHYDRATE DE)

Co.				15 mg	PPB
02302942	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	100	50,00	0,5000
02384906	<i>Auro-Pioglitazone</i>	Aurobindo	100	50,00	0,5000
02302861	<i>Co Pioglitazone</i>	Cobalt	100	50,00	0,5000
02397307	<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	90	45,00	0,5000
02326477	<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	100	50,00	0,5000
02274914	<i>Novo-Pioglitazone</i>	Novopharm	100	50,00	0,5000
02391600	<i>Pioglitazone</i>	Accord	90	45,00	0,5000
02303124	<i>pms-Pioglitazone</i>	Phmscience	100	50,00	0,5000
02312050	<i>Pro-Pioglitazone</i>	Pro Doc	90	45,00	0,5000
02375850	<i>Ran-Pioglitazone</i>	Ranbaxy	100	50,00	0,5000
02301423	<i>ratio-Pioglitazone</i>	Ratiopharm	100	50,00	0,5000
			500	250,00	0,5000
02297906	<i>Sandoz Pioglitazone</i>	Sandoz	90	45,00	0,5000
02434121	<i>VAN-Pioglitazone</i>	Vanc Phm	90	45,00	0,5000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			30 mg PPB		
02302950	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	100	70,00	➔ 0,7000
02384914	<i>Auro-Pioglitazone</i>	Aurobindo	100	70,00	➔ 0,7000
02302888	<i>Co Pioglitazone</i>	Cobalt	100	70,00	➔ 0,7000
02365529	<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	90	63,00	➔ 0,7000
02326485	<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	100	70,00	➔ 0,7000
02339587	<i>Pioglitazone</i>	Accord	90	63,00	➔ 0,7000
02303132	<i>pms-Pioglitazone</i>	Phmscience	100	70,00	➔ 0,7000
02312069	<i>Pro-Pioglitazone</i>	Pro Doc	90	63,00	➔ 0,7000
02375869	<i>Ran-Pioglitazone</i>	Ranbaxy	100	70,00	➔ 0,7000
02301431	<i>ratio-Pioglitazone</i>	Ratiopharm	100	70,00	➔ 0,7000
			500	350,00	➔ 0,7000
02297914	<i>Sandoz Pioglitazone</i>	Sandoz	90	63,00	➔ 0,7000
02274922	<i>Teva-Pioglitazone</i>	Novopharm	100	70,00	➔ 0,7000
02434148	<i>VAN-Pioglitazone</i>	Vanc Phm	90	63,00	➔ 0,7000

Co.			45 mg PPB		
02302977	<i>Apo-Pioglitazone</i>	Apotex	100	105,00	➔ 1,0500
02384922	<i>Auro-Pioglitazone</i>	Aurobindo	100	105,00	➔ 1,0500
02302896	<i>Co Pioglitazone</i>	Cobalt	100	105,00	➔ 1,0500
02365537	<i>Jamp-Pioglitazone</i>	Jamp	90	94,50	➔ 1,0500
02326493	<i>Mint-Pioglitazone</i>	Mint	100	105,00	➔ 1,0500
02274930	<i>Novo-Pioglitazone</i>	Novopharm	100	105,00	➔ 1,0500
			500	525,00	➔ 1,0500
02339595	<i>Pioglitazone</i>	Accord	90	94,50	➔ 1,0500
02303140	<i>pms-Pioglitazone</i>	Phmscience	100	105,00	➔ 1,0500
02312077	<i>Pro-Pioglitazone</i>	Pro Doc	90	94,50	➔ 1,0500
02375877	<i>Ran-Pioglitazone</i>	Ranbaxy	100	105,00	➔ 1,0500
02301458	<i>ratio-Pioglitazone</i>	Ratiopharm	100	105,00	➔ 1,0500
			500	525,00	➔ 1,0500
02297922	<i>Sandoz Pioglitazone</i>	Sandoz	90	94,50	➔ 1,0500
02434156	<i>VAN-Pioglitazone</i>	Vanc Phm	90	94,50	➔ 1,0500

PIRFÉNIDONE 

Caps.			267 mg		
02393751	<i>Esbriet</i>	Roche	63	820,89	13,0300
			270	3518,10	13,0300

Co.			267 mg		
02464489	<i>Esbriet</i>	Roche	21	273,63	13,0300
			270	3518,10	13,0300

Co.			801 mg		
02464500	<i>Esbriet</i>	Roche	90	3518,10	39,0900

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL

Pd. Orale

1 g/g **PPB**

02460297	<i>Comfilax</i>	Cellchem	238 g	➡	5,93	
			510 g	➡	12,70	
02374137	<i>Emolax</i>	Jamp	510 g	➡	12,70	
99113714	<i>Emolax (30 sachets de 17 grammes)</i>	Jamp	510 g		12,70	➡ 0,0249
02453193	<i>Lax-A-Day Pharma</i>	Phmscience	510 g	➡	12,70	
02450070	<i>M-Peg 3350</i>	Mantra Ph.	510 g	➡	12,70	
02358034	<i>Peg 3350</i>	Medisca	255 g	➡	6,35	
			510 g		14,74	
02346672	<i>Relaxa</i>	Pediapharm	510 g	➡	12,70	
99101166	<i>Relaxa (30 sachets de 17 grammes)</i>	Pediapharm	510 g		12,70	➡ 0,0249

POLYÉTHYLÈNE GLYCOL/ SODIUM (SULFATE DE)/ SODIUM (BICARBONATE DE)/ SODIUM (CHLORURE DE)/ POTASSIUM (CHLORURE DE)

Pd. Orale

0,851 g - 0,082 g - 0,024 g - 0,021 g - 0,011 g / g **PPB**

02378329	<i>Jamplyte (280g)</i>	Jamp	1	➡	16,45	
99100717	<i>PegLyte (280 g)</i>	Pendopharm	1	➡	16,45	

POLYVINYLIQUE (ALCOOL)

Sol. Oph.

1,4 % (0,4 mL)

02138670	<i>Refresh</i>	Allergan	30		9,95	0,3317
----------	----------------	----------	----	--	------	--------

POMALIDOMIDE 

Caps.

1 mg

02419580	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
----------	-----------------	---------	----	--	----------	----------

Caps.

2 mg

02419599	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
----------	-----------------	---------	----	--	----------	----------

Caps.

3 mg

02419602	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
----------	-----------------	---------	----	--	----------	----------

Caps.

4 mg

02419610	<i>Pomalyst</i>	Celgene	21		10500,00	500,0000
----------	-----------------	---------	----	--	----------	----------

POSACONAZOLE 

Co. L.A.

100 mg **PPB**

02424622	<i>Posanol</i>	Merck	60		2556,18	➡ 42,6030
02496259	<i>Sandoz Posaconazole</i>	Sandoz	60		2556,18	➡ 42,6030

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Susp. Orale			40 mg/mL		
02293404	<i>Posanol</i>	Merck	1	981,18	

PRASUGREL 					
Co.			10 mg		
02349124	<i>Effient</i>	Lilly	30	57,49	R

PROGESTÉRONNE 					
Co. Vag. (eff.)			100 mg		
02334992	<i>Endometrin</i>	Ferring	21	84,00	4,0000

Gel vag. (App.)			8 %		
02241013	<i>Crinone</i>	Serono	18	144,00	

PROGESTÉRONNE MICRONISÉE 					
Caps.			100 mg PPB		
02493578	<i>Auro-Progesterone</i>	Aurobindo	30	20,65	➔ 0,6884
			100	68,84	➔ 0,6884
02476576	<i>pms-Progesterone</i>	Phmscience	30	20,65	➔ 0,6884
			100	68,84	➔ 0,6884
02166704	<i>Prometrium</i>	Merck	30	20,65	➔ 0,6884
02463113	<i>Reddy-Progesterone</i>	Dr Reddy's	30	20,65	➔ 0,6884
			100	68,84	➔ 0,6884
02439913	<i>Teva-Progesterone</i>	Teva Can	30	20,65	➔ 0,6884
			100	68,84	➔ 0,6884

Caps.			200 mg		
02480247	<i>pms-Progesterone</i>	Phmscience	30	37,17	1,2391
			100	123,91	1,2391

PROPRANOLOL (CHLORHYDRATE DE) 					
Sol. Orale			3,75 mg/mL		
02457857	<i>Hemangirol</i>	Pierre Fab	120 ml	273,70	2,2808

PSYLLIUM (MUCILAGE DE) ⁵					
Pd. Orale					
99002876			1 g		

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RANIBIZUMAB 

Sol. Inj.		10 mg/mL (0,23ml)			
02296810	Lucentis	Novartis	1	1575,00	

Sol. Inj. (ser)		10 mg/mL (0,165 ml)			
02425629	Lucentis	Novartis	1	1575,00	

RASAGILINE (MÉSULATE DE) 

Co.		0,5 mg PPB			
02404680	Apo-Rasagiline	Apotex	100	360,50	➔ 3,6050
02284642	Azilect	Teva Innov	30	210,00	➔ 7,0000
02491974	Jamp Rasagiline	Jamp	30	108,15	➔ 3,6050
			100	360,50	➔ 3,6050
02418436	Teva-Rasagiline	Teva Can	30	108,15	➔ 3,6050

Co.		1 mg PPB			
02404699	Apo-Rasagiline	Apotex	100	360,50	➔ 3,6050
02284650	Azilect	Teva Innov	30	210,00	➔ 7,0000
02491982	Jamp Rasagiline	Jamp	30	108,15	➔ 3,6050
			100	360,50	➔ 3,6050
02418444	Teva-Rasagiline	Teva Can	30	108,15	➔ 3,6050

RÉACTIF QUANTITATIF DU GLUCOSE DANS LE SANG (ORACLE)

Bandelette					
99100516	Oracle	TremHarr	50	36,45	
			100	72,90	

RÉACTIF QUANTITATIF DU TEMPS DE PROTHROMBINE DANS LE SANG

Bandelette					
99100333	CoaguChek XS PT Test	Roche Diag	6	37,20	
			24	148,80	
			48	297,60	
99113393	CoaguChek XS PT Test PST	Roche Diag	6	37,20	
			24	148,80	

RÉGORAFENIB (MONOHYDRATE DE) 

Co.		40 mg			
02403390	Stivarga	Bayer	84	6100,08	72,6200

RIBAVIRINE 

Co.		200 mg			
02439212	Ibavyr	Pendopharm	100	725,00	7,2500

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.				400 mg	
02425890	<i>Ibavyr</i>	Pendopharm	100	1450,00	14,5000

RIBOCICLIB (SUCCINATE DE)

Co.				200 mg	
02473569	<i>Kisqali</i>	Novartis	21	1777,65	84,6500
			42	3555,30	84,6500
			63	5332,95	84,6500

RIFAXIMINE

Co.				550 mg	
02410702	<i>Zaxine</i>	Salix	60	460,65	7,6775

RILUZOLE

Co.				50 mg	PPB	
02352583	<i>Apo-Riluzole</i>	Apotex	60	206,17	➔	3,4361
02390299	<i>Mylan-Riluzole</i>	Mylan	60	206,17	➔	3,4361
02242763	<i>Rilutek</i>	SanofiAven	60	585,84		9,7640

RIOCIGUAT

Co.				0,5 mg	
02412764	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500

Co.				1 mg	
02412772	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500

Co.				1,5 mg	
02412799	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500

Co.				2 mg	
02412802	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500

Co.				2,5 mg	
02412810	<i>Adempas</i>	Bayer	42	1795,50	42,7500

RISANKIZUMAB

Sol. Inj. S.C. (ser)				90 mg/mL (0,83 mL)	
02487454	<i>Skyrizi</i>	AbbVie	2	4935,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

RITUXIMAB 

Sol. Perf. I.V.

10 mg/mL

02498316	<i>Riximyo</i>	Sandoz	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02495724	<i>Ruxience</i>	Pfizer	10 ml	297,00	
			50 ml	1485,00	
02478382	<i>Truxima</i>	Teva Innov	10 ml	297,00	
02478390	<i>Truxima</i>	Teva Innov	50 ml	1485,00	

RIVAROXABAN 

Co.

2,5 mg

02480808	<i>Xarelto</i>	Bayer	100	142,00	1,4200
----------	----------------	-------	-----	--------	--------

Co.

10 mg

02316986	<i>Xarelto</i>	Bayer	50	142,00	2,8400
----------	----------------	-------	----	--------	--------

Co.

15 mg

02378604	<i>Xarelto</i>	Bayer	90	255,60	2,8400
----------	----------------	-------	----	--------	--------

Co.

20 mg

02378612	<i>Xarelto</i>	Bayer	90	255,60	2,8400
----------	----------------	-------	----	--------	--------

RIVASTIGMINE 

Caps.

1,5 mg PPB

02336715	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,14	➔	0,6514
02427567	<i>Auro-Rivastigmine</i>	Aurobindo	60	39,08	➔	0,6513
			100	65,14	➔	0,6514
02242115	<i>Exelon</i>	Novartis	56	136,50		2,4375
02485362	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47	➔	0,6513
			100	65,14	➔	0,6514
02401614	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47	➔	0,6513
			100	65,14	➔	0,6514
02406985	<i>Mint-Rivastigmine</i>	Mint	56	36,47	➔	0,6513
02305984	<i>Novo-Rivastigmine</i>	Novopharm	56	36,47	➔	0,6513
			100	65,14	➔	0,6514
02416999	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,14	➔	0,6514
02324563	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47	➔	0,6513
			100	65,14	➔	0,6514

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps.			3 mg PPB		
02336723	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,14 ➡	0,6514
02427575	<i>Auro-Rivastigmine</i>	Aurobindo	60	39,08 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02242116	<i>Exelon</i>	Novartis	56	136,50	2,4375
02485370	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02401622	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02406993	<i>Mint-Rivastigmine</i>	Mint	56	36,47 ➡	0,6513
02305992	<i>Novo-Rivastigmine</i>	Novopharm	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02417006	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,14 ➡	0,6514
02324571	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514

Caps.			4,5 mg PPB		
02336731	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,14 ➡	0,6514
02427583	<i>Auro-Rivastigmine</i>	Aurobindo	60	39,08 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02242117	<i>Exelon</i>	Novartis	56	136,50	2,4375
02485389	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02401630	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02407000	<i>Mint-Rivastigmine</i>	Mint	56	36,47 ➡	0,6513
02306018	<i>Novo-Rivastigmine</i>	Novopharm	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02417014	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,14 ➡	0,6514
02324598	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514

Caps.			6 mg PPB		
02336758	<i>Apo-Rivastigmine</i>	Apotex	100	65,14 ➡	0,6514
02427591	<i>Auro-Rivastigmine</i>	Aurobindo	60	39,08 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02242118	<i>Exelon</i>	Novartis	56	136,50	2,4375
02485397	<i>Jamp Rivastigmine</i>	Jamp	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02401649	<i>Med-Rivastigmine</i>	GMP	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02407019	<i>Mint-Rivastigmine</i>	Mint	56	36,47 ➡	0,6513
02306026	<i>Novo-Rivastigmine</i>	Novopharm	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514
02417022	<i>Rivastigmine</i>	Pro Doc	100	65,14 ➡	0,6514
02324601	<i>Sandoz Rivastigmine</i>	Sandoz	56	36,47 ➡	0,6513
			100	65,14 ➡	0,6514

Sol. Orale			2 mg/mL		
02245240	<i>Exelon</i>	Novartis	120 ml	153,02	1,2752

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Timbre cut.			4,6 mg/24H PPB		
02302845	<i>Exelon Patch 5</i>	Novartis	30	131,63	4,3877
02423413	<i>Mylan-Rivastigmine Patch 5</i>	Mylan	30	119,32 ➔	3,9773
02426293	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 5</i>	Sandoz	30	119,32 ➔	3,9773

Timbre cut.			9,5 mg/24H PPB		
02302853	<i>Exelon Patch 10</i>	Novartis	30	131,63	4,3877
02423421	<i>Mylan-Rivastigmine Patch 10</i>	Mylan	30	119,32 ➔	3,9773
02426307	<i>Sandoz Rivastigmine Patch 10</i>	Sandoz	30	119,32 ➔	3,9773

ROSIGLITAZONE (MALÉATE DE)

Co.			2 mg PPB		
02241112	<i>Avandia</i>	GSK	60	76,76	1,2793
02403366	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	103,16 ➔	1,0316

Co.			4 mg PPB		
02241113	<i>Avandia</i>	GSK	100	200,73	2,0073
02403374	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	161,88 ➔	1,6188

Co.			8 mg PPB		
02241114	<i>Avandia</i>	GSK	60	172,24	2,8707
02403382	<i>Rosiglitazone</i>	AA Pharma	100	231,50 ➔	2,3150

ROTIGOTINE

Timbre cut.			2 mg/24 h		
02403900	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	106,20	3,5400

Timbre cut.			4 mg/24 h		
02403927	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	195,00	6,5000

Timbre cut.			6 mg/24 h		
02403935	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	218,10	7,2700

Timbre cut.			8 mg/24 h		
02403943	<i>Neupro</i>	U.C.B.	30	218,10	7,2700

RUFINAMIDE

Co.			100 mg		
02369613	<i>Banzel</i>	Eisai	30	21,54	0,7180

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				200 mg	
02369621	<i>Banzel</i>	Eisai	30	43,09	1,4363

Co.				400 mg	
02369648	<i>Banzel</i>	Eisai	120	375,58	3,1298

RUXOLITINIB (PHOSPHATE DE) 

Co.				5 mg	
02388006	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

Co.				10 mg	
02434814	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

Co.				15 mg	
02388014	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

Co.				20 mg	
02388022	<i>Jakavi</i>	Novartis	56	4602,74	82,1918

SACUBITRIL/VALSARTAN 

Co.				24,3 mg - 25,7 mg	
02446928	<i>Entresto</i>	Novartis	30	108,60	3,6200

Co.				48,6 mg - 51,4 mg	
02446936	<i>Entresto</i>	Novartis	60	217,20	3,6200

Co.				97,2 mg - 102,8 mg	
02446944	<i>Entresto</i>	Novartis	60	217,20	3,6200

SALBUTAMOL (SULFATE DE) 

Pd. pour Inh.				200 mcg/coque	
02243115	<i>Ventolin Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	9,40	

SALMÉTÉROL (XINAFOATE DE)/ FLUTICASONE (PROPIONATE DE) 

Aéro. oral				25 mcg -125 mcg/dose	
02245126	<i>Advair 125</i>	GSK	120 dose(s)	90,69	

Aéro. oral				25 mcg -250 mcg/dose	
02245127	<i>Advair 250</i>	GSK	120 dose(s)	128,74	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Pd. pour Inh.

50 mcg-100 mcg/coque **PPB**

02240835	<i>Advair 100 Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	75,79	
02494507	<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i>	Phmscience	60 dose(s) ➔	42,41	
02495597	<i>Wixela Inhub</i>	Mylan	60 dose(s) ➔	42,41	

Pd. pour Inh.

50 mcg-250 mcg/coque **PPB**

02240836	<i>Advair 250 Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	90,69	
02494515	<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i>	Phmscience	60 dose(s) ➔	50,76	
02495600	<i>Wixela Inhub</i>	Mylan	60 dose(s) ➔	50,76	

Pd. pour Inh.

50 mcg-500 mcg/coque **PPB**

02240837	<i>Advair 500 Diskus</i>	GSK	60 dose(s)	128,74	
02494523	<i>pms-Fluticasone Propionate/Salmeterol</i>	Phmscience	60 dose(s) ➔	72,06	
02495619	<i>Wixela Inhub</i>	Mylan	60 dose(s) ➔	72,06	

SAPROPTÉRINE (DICHLORHYDRATE DE) 

Co.

100 mg

02350580	<i>Kuvan</i>	Biomarin	120	3960,00	33,0000
----------	--------------	----------	-----	---------	---------

SARILUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

150 mg/1,14 mL

02460521	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	2	1400,00	700,0000
----------	----------------	------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (ser)

200 mg/1,14 mL

02460548	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	2	1400,00	700,0000
----------	----------------	------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

150 mg/1,14 mL

02472961	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	2	1400,00	700,0000
----------	----------------	------------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

200 mg/1,14 mL

02472988	<i>Kevzara</i>	SanofiAven	2	1400,00	700,0000
----------	----------------	------------	---	---------	----------

SAXAGLIPTINE 

Co.

2,5 mg **PPB**

* 02375842	<i>Onglyza</i>	AZC	30	69,00	2,3000
+ 02468603	<i>Sandoz Saxagliptin</i>	Sandoz	30	56,93 ➔	1,8977

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				5 mg PPB	
* 02333554	<i>Onglyza</i>	AZC	30	69,00	2,3000
			100	230,00	➔ 2,3000
+ 02468611	<i>Sandoz Saxagliptin</i>	Sandoz	30	56,93	➔ 1,8977

SAXAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.				2,5 mg - 500 mg	
02389169	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	1,2700

Co.				2,5 mg - 850 mg	
02389177	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	1,2700

Co.				2,5 mg - 1 000 mg	
02389185	<i>Komboglyze</i>	AZC	60	76,20	1,2700

SÉBÉLIPASE ALFA 

Sol. Perf. I.V.				2 mg/mL (10 mL)	
02469596	<i>Kanuma</i>	Alexion	10 ml	8546,00	

SÉCUKINUMAB 

Sol. Inj. S.C.				150 mg/mL (1 mL)	
02438070	<i>Cosentyx (seringue)</i>	Novartis	1	772,50	
			2	1545,00	772,5000
99101215	<i>Cosentyx (stylo)</i>	Novartis	1	772,50	
			2	1545,00	772,5000

SELEXIPAG 

Co.				200 mcg	
02451158	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.				400 mcg	
02451166	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.				600 mcg	
02451174	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co.				800 mcg	
02451182	<i>Uptravi</i>	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. 1000 mcg					
02451190	Uptravi	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co. 1200 mcg					
02451204	Uptravi	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co. 1400 mcg					
02451212	Uptravi	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

Co. 1600 mcg					
02451220	Uptravi	Janss. Inc	60	3850,00	64,1667

SÉMAGLUTIDE

Susp. Inj. S.C.

1,34 mg/mL (1,5 mL)					
02471477	Ozempic	N.Nordisk	1	195,06	

Susp. Inj. S.C.

1,34 mg/mL (3 mL)					
02471469	Ozempic	N.Nordisk	1	195,06	

SENNOSIDES A & B

Co.

			8,6 mg PPB		
80103747	AG-Sennosides enrobé	Angita	500	23,19	➔ 0,0464
80064362	Alta-Senna	Altamed	1000	46,38	➔ 0,0464
80019511	Bio-Sennosides	Biomed	500	23,19	➔ 0,0464
02247389	Euro-Senna	Sandoz	1000	46,38	➔ 0,0464
80009595	Jamp-Senna	Jamp	100	4,64	➔ 0,0464
			500	23,19	➔ 0,0464
80009182	Jamp-Sennosides Enrobé	Jamp	500	23,19	➔ 0,0464
02068109	Lax-A Senna	Pendopharm	1000	46,38	➔ 0,0464
80079884	M-Senna 8,6 mg	Mantra Ph.	500	23,19	➔ 0,0464
80054498	M-Sennosides 8,6 mg	Mantra Ph.	500	23,19	➔ 0,0464
80038814	Opus Senna	Opus	1000	46,38	➔ 0,0464
80047592	Opus Sennosides Enrobé	Opus	1000	46,38	➔ 0,0464
00896411	pms-Sennosides	Phmscience	100	4,64	➔ 0,0464
			500	23,19	➔ 0,0464
80079605	Riva-Senna	Riva	100	4,64	➔ 0,0464
			1000	46,38	➔ 0,0464
80061813	SennAce	Vanc Phm	500	23,19	➔ 0,0464
80069737	Sennalax	Cellchem	60	2,78	➔ 0,0464
80054167	Sennosides	Altamed	1000	46,38	➔ 0,0464

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

Co.			12 mg PPB		
80009183	<i>Jamp-Sennosides Enrobé</i>	Jamp	500	27,75 ➡	0,0555
80055641	<i>M-Sennosides 12 mg</i>	Mantra Ph.	500	27,75 ➡	0,0555
00896403	<i>pms-Sennosides</i>	Phmscience	100	5,55 ➡	0,0555
			500	27,75 ➡	0,0555
80069733	<i>Sennalax Forte</i>	Cellchem	60	3,33 ➡	0,0555

Liq.			8,5 mg/5 mL PPB		
80024394	<i>Jamp-Sennaquil</i>	Jamp	250 ml	7,96 ➡	0,0318
00367729	<i>Senokot</i>	Purdue	250 ml	7,96 ➡	0,0318

SÉVÉLAMER (CARBONATE DE)

Co.			800 mg PPB		
02461501	<i>Accel-Sevelamer</i>	Accel	180	227,42 ➡	1,2634
02354586	<i>Renvela</i>	SanofiAven	180	227,42 ➡	1,2634

Pd. Orale			2,4 g		
02485567	<i>Renvela</i>	SanofiAven	90	341,12	3,7902

Pd. Orale			800 mg		
02485559	<i>Renvela</i>	SanofiAven	90	113,71	1,2634

SÉVÉLAMER (CHLORHYDRATE DE)

Co.			800 mg		
02244310	<i>Renagel</i>	SanofiAven	180	277,36	1,5409

SILDÉNAFIL (CITRATE DE)

Co.			20 mg PPB		
* 02418118	<i>Apo-Sildenafil R</i>	Apotex	100	296,20 ➡	2,9620
* 02469669	<i>Jamp-Sildenafil R</i>	Jamp	30	88,86 ➡	2,9620
			90	266,58 ➡	2,9620
* 02412179	<i>pms-Sildenafil R</i>	Phmscience	90	266,58 ➡	2,9620
			100	296,20 ➡	2,9620
* 02319500	<i>ratio-Sildenafil R</i>	Ratiopharm	100	296,20 ➡	2,9620
02279401	<i>Revatio</i>	Upjohn	90	962,75	10,6972

SITAGLIPTINE

Co.			25 mg		
02388839	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53	2,6177

Co.			50 mg		
02388847	<i>Januvia</i>	Merck	30	78,53	2,6177

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.				100 mg	
02303922	Januvia	Merck	30	78,53	2,6177
			100	261,78	2,6178

SITAGLIPTINE/METFORMINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.				50 mg -500 mg	
02333856	Janumet	Merck	60	82,20	1,3700

Co.				50 mg -850 mg	
02333864	Janumet	Merck	60	82,20	1,3700

Co.				50 mg -1000 mg	
02333872	Janumet	Merck	60	82,20	1,3700

Co. L.A.				50 mg -500 mg	
02416786	Janumet XR	Merck	60	82,20	1,3700

Co. L.A.				50 mg -1000 mg	
02416794	Janumet XR	Merck	60	82,20	1,3700

Co. L.A.				100 mg-1000 mg	
02416808	Janumet XR	Merck	30	82,20	2,7400

SOFOSBUVIR 

Co.				400 mg	
02418355	Sovaldi	Gilead	28	18333,33	654,7618

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR 

Co.				400 mg -100 mg	
02456370	Epclusa	Gilead	28	20000,00	714,2857

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPRÉVIR 

Co.				400 mg -100 mg -100 mg	
02467542	Vosevi	Gilead	28	20000,00	714,2857

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SOMATOTROPHINE 

Cart. ou Pd. Inj. ou Stylo

			5 mg PPB		
02399091	<i>Nutropin AQ NuSpin 5</i>	Roche	1	➡ 139,50	
02325063	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	1	➡ 139,50	
			5	➡ 697,50	➡ 139,5000
02237971	<i>Saizen</i>	Serono	1	➡ 139,50	

Cartouche

			6 mg PPB		
02243077	<i>Humatrope</i>	Lilly	1	➡ 261,00	
02350122	<i>Saizen</i>	Serono	1	➡ 261,00	

Cartouche

			15 mg		
02459647	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	1	418,50	
			5	2092,50	418,5000

Cartouche

			24 mg		
02243079	<i>Humatrope</i>	Lilly	1	1120,08	

Cartouche ou Sty

			10 mg PPB		
02376393	<i>Nutropin AQ NuSpin 10</i>	Roche	1	➡ 279,00	
02325071	<i>Omnitrope</i>	Sandoz	1	➡ 279,00	
			5	1395,00	➡ 279,0000

Cartouche ou Sty

			12 mg PPB		
02401711	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	5	1674,00	➡ 334,8000
02243078	<i>Humatrope</i>	Lilly	1	➡ 334,80	
02350130	<i>Saizen</i>	Serono	1	➡ 334,80	

Cartouche ou Sty

			20 mg PPB		
02399083	<i>Nutropin AQ NuSpin 20</i>	Roche	1	➡ 778,88	
02350149	<i>Saizen</i>	Serono	1	➡ 778,88	

Sol. Inj. S.C. (ser)

			0,6 mg		
02401762	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	117,18	16,7400

Sol. Inj. S.C. (ser)

			0,8 mg		
02401770	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	156,24	22,3200

Sol. Inj. S.C. (ser)

			1 mg		
02401789	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	195,30	27,9000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,2 mg	
02401797	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	234,36	33,4800
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,4 mg	
02401800	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	273,42	39,0600
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,6 mg	
02401819	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	312,48	44,6400
Sol. Inj. S.C. (ser)				1,8 mg	
02401827	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	351,54	50,2200
Sol. Inj. S.C. (ser)				2 mg	
02401835	<i>Genotropin MiniQuick</i>	Pfizer	7	390,60	55,8000
Sty				5,3 mg	
02401703	<i>Genotropin GoQuick</i>	Pfizer	5	739,35	147,8700
SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE ET SYNDROME DE TURNER 					
Sty				5 mg	
02334852	<i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk	1	139,50	
Sty				10 mg	
02334860	<i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk	1	279,00	
Sty				15 mg	
02334879	<i>Norditropin Nordiflex</i>	N.Nordisk	1	418,50	
SOMATOTROPHINE - RETARD DE CROISSANCE LIÉ À L'INSUFFISANCE RÉNALE 					
Cartouche				6 mg	
99101243	<i>Saizen</i>	Serono	1	261,00	
Cartouche				10 mg	
99101242	<i>Nutropin AQ NuSpin 10</i>	Roche	1	279,00	
Cartouche				12 mg	
99101245	<i>Saizen</i>	Serono	1	334,80	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Cartouche ou Sty			20 mg PPB		
99101240	<i>Nutropin AQ NuSpin 20</i>	Roche	1	➡ 778,88	
99101246	<i>Saizen</i>	Serono	1	➡ 778,88	

Pd. Inj. ou Sty			5 mg PPB		
99101238	<i>Nutropin AQ NuSpin 5</i>	Roche	1	➡ 139,50	
99101244	<i>Saizen</i>	Serono	1	➡ 139,50	

SORAFENIB (TOSYLATE DE)

Co.			200 mg		
02284227	<i>Nexavar</i>	Bayer	120	5521,06	46,0088

STIRIPENTOL

Caps.			250 mg		
02398958	<i>Diacomit</i>	Biocodex	60	353,90	5,8983

Caps.			500 mg		
02398966	<i>Diacomit</i>	Biocodex	60	706,70	11,7783

Pd. Orale			250 mg/sachet		
02398974	<i>Diacomit</i>	Biocodex	60	353,90	5,8983

Pd. Orale			500 mg/sachet		
02398982	<i>Diacomit</i>	Biocodex	60	706,70	11,7783

SUNITINIB (MALATE DE)

Caps.			12,5 mg		
02280795	<i>Sutent</i>	Pfizer	28	1768,27	63,1525

Caps.			25 mg		
02280809	<i>Sutent</i>	Pfizer	28	3536,52	126,3043

Caps.			50 mg		
02280817	<i>Sutent</i>	Pfizer	28	7073,05	252,6089

TACROLIMUS

Co. L.A.			0,75 mg		
02485877	<i>Envarsus PA</i>	Paladin	100	200,00	2,0000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co. L.A.				1 mg	
02485885	Envarsus PA	Paladin	100	250,00	2,5000

Co. L.A.				4 mg	
02485893	Envarsus PA	Paladin	100	1000,00	10,0000

Pom. Top.				0,03 %	
02244149	Protopic	Leo	30 g	64,50	2,1500
			60 g	129,00	2,1500

Pom. Top.				0,1 %	
02244148	Protopic	Leo	30 g	69,00	2,3000
			60 g	138,00	2,3000

TADALAFIL

Co.				20 mg	PPB
02338327	Adcirca	Lilly	56	680,81	12,1573
02421933	Apo-Tadalafil PAH	Apotex	60	607,37	➔ 10,1228

TAFAMIDIS

Caps.				20 mg	
02495732	Vyndaqel	Pfizer	120	16028,40	133,5700

TÉMOZOLOMIDE

Caps.				5 mg	PPB
02441160	ACT Temozolomide	ActavisPhm	5	19,50	➔ 3,9000
			20	78,00	➔ 3,9000
02443473	Taro-Temozolomide	Taro	5	19,50	➔ 3,9000
			20	78,00	➔ 3,9000
02241093	Temodal	Merck	5	19,50	➔ 3,9000

Caps.				20 mg	PPB
02395274	ACT Temozolomide	ActavisPhm	5	78,00	➔ 15,6000
			20	312,00	➔ 15,6000
02443481	Taro-Temozolomide	Taro	5	78,00	➔ 15,6000
			20	312,00	➔ 15,6000
02241094	Temodal	Merck	5	78,00	➔ 15,6000

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Caps. 100 mg PPB					
02395282	<i>ACT Temozolomide</i>	ActavisPhm	5	390,00	➔ 78,0000
			20	1560,00	➔ 78,0000
02443511	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	390,02	78,0030
			20	1560,06	78,0030
02241095	<i>Temodal</i>	Merck	5	390,00	➔ 78,0000

Caps. 140 mg PPB					
02395290	<i>ACT Temozolomide</i>	ActavisPhm	5	546,03	➔ 109,2050
			20	2184,10	➔ 109,2050
02443538	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	546,03	➔ 109,2050
02312794	<i>Temodal</i>	Merck	5	546,03	109,2060

Caps. 250 mg PPB					
02395312	<i>ACT Temozolomide</i>	ActavisPhm	5	975,00	➔ 195,0000
			20	3900,04	➔ 195,0020
02443554	<i>Taro-Temozolomide</i>	Taro	5	975,01	195,0020
02241096	<i>Temodal</i>	Merck	5	975,00	➔ 195,0000

TÉRIFLUNOMIDE

Co. 14 mg					
02416328	<i>Aubagio</i>	Genzyme	28	1426,82	50,9579

TÉRIPARATIDE

Sol. Inj. S.C. 250 mcg/mL (2,4 mL ou 3 mL)					
02254689	<i>Forteo</i>	Lilly	1	809,73	

THALIDOMIDE

Caps. 50 mg					
02355191	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	825,13	29,4689

Caps. 100 mg					
02355205	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	1650,26	58,9379

Caps. 200 mg					
02355221	<i>Thalomid</i>	Celgene	28	3300,64	117,8800

TICAGRÉLOR

Co. 90 mg					
02368544	<i>Brilinta</i>	AZC	60	88,80	1,4800

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TIGÉCYCLINE 

Pd. Perf. I.V.

50 mg **PPB**

02409356	<i>Tigecycline</i>	Apotex	10	714,23	➔ 71,4225
02285401	<i>Tygacil</i>	Pfizer	10	802,50	80,2500

TIPRANAVIR 

Caps.

250 mg

02273322	<i>Aptivus</i>	Bo. Ing.	120	990,00	8,2500
----------	----------------	----------	-----	--------	--------

TIZANIDINE (CHLORHYDRATE DE) 

Co.

4 mg

02259893	<i>Tizanidine</i>	AA Pharma	100	36,86	0,3686
----------	-------------------	-----------	-----	-------	--------

TOBRAMYCINE (SULFATE DE) 

Pd. pour Inh.

28 mg

02365154	<i>Tobi Podhaler</i>	BGP Pharma	224	2880,36	
----------	----------------------	------------	-----	---------	--

Sol. pour Inh.

300 mg/5 mL **PPB**

02443368	<i>Solution de Tobramycine pour Inhalation</i>	Sandoz	56	1533,36	➔ 27,3814
02389622	<i>Teva-Tobramycin</i>	Teva Can	56	1533,36	➔ 27,3814
02239630	<i>Tobi</i>	BGP Pharma	56	2880,36	51,4350

TOCILIZUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)

162 mg/0,9 mL

02424770	<i>Actemra</i>	Roche	4	1420,00	355,0000
----------	----------------	-------	---	---------	----------

Sol. Inj. S.C. (stylo)

162 mg/0,9 mL

02483327	<i>Actemra</i>	Roche	4	1420,00	355,0000
----------	----------------	-------	---	---------	----------

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (4 mL)

02350092	<i>Actemra</i>	Roche	1	179,20	
----------	----------------	-------	---	--------	--

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (10 mL)

02350106	<i>Actemra</i>	Roche	1	448,00	
----------	----------------	-------	---	--------	--

Sol. Perf. I.V.

20 mg/mL (20 mL)

02350114	<i>Actemra</i>	Roche	1	896,00	
----------	----------------	-------	---	--------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TOCOPHÉRYLE (ACÉTATE DE DL-ALPHA) ⁵

Caps.				100 UI	
99002396			100		

Caps.				200 UI	
99002418			100		

Caps.				400 UI	
99002426			100		

Co. Croq.				200 UI	
99100202			90		

Sol. Orale				50 UI/mL	
99002469			25 ml		

TOFACITINIB (CITRATE DE) 

Co.				5 mg	
02423898	Xeljanz	Pfizer	60	1385,79	23,0965

Co.				10 mg	
02480786	Xeljanz	Pfizer	60	2540,62	42,3436

Co. L.A.				11 mg	
02470608	Xeljanz XR	Pfizer	30	1385,79	46,1930

TRAMÉTINIB 

Co.				0,5 mg	
02409623	Mekinist	Novartis	30	2175,00	72,5000

Co.				2 mg	
02409658	Mekinist	Novartis	30	8700,00	290,0000

TRANDOLAPRIL/ VÉRAPAMIL (CHLORHYDRATE DE) 

Co.				2 mg -240 mg	
02240946	Tarka	BGP Pharma	100	172,30	1,7230

⁵ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
Co.			4 mg -240 mg		
02238097	Tarka	BGP Pharma	100	191,21	1,9121

TREPROSTINIL SODIQUE

Sol. Inj.			1 mg/mL		
02246552	Remodulin	U.T.C.	20 ml	900,00	

Sol. Inj.			2,5 mg/mL		
02246553	Remodulin	U.T.C.	20 ml	2250,00	

Sol. Inj.			5 mg/mL		
02246554	Remodulin	U.T.C.	20 ml	4500,00	

Sol. Inj.			10 mg/mL		
02246555	Remodulin	U.T.C.	20 ml	9000,00	

TRÉTINOÏNE

Cr. Top.			0,01 % PPB		
00897329	Retin-A	Valeant	30 g	10,68	0,3560
00657204	Stieva-A	GSK	25 g	7,30	0,2920

Cr. Top.			0,025 % PPB		
00897310	Retin-A	Valeant	30 g	10,68	0,3560
00578576	Stieva-A	GSK	25 g	7,30	0,2920

Cr. Top.			0,05 % PPB		
00443794	Retin-A	Valeant	30 g	10,36	0,3453
00518182	Stieva-A	GSK	25 g	5,15	0,2060

Gel Top.			0,01 %		
01926462	Vitamin A Acid Gel Doux	Valeant	25 g	7,41	0,2964

Gel Top.			0,025 %		
01926470	Vitamin A Acid Gel	Valeant	25 g	7,41	0,2964

Gel Top.			0,05 %		
01926489	Vitamin A Acid Gel	Valeant	25 g	7,41	0,2964

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

TRIFLURIDINE/TIPIRACIL (CHLORHYDRATE DE) 

Co.		15 mg - 6,14 mg			
02472104	Lonsurf	Taiho	20	1525,00	76,2500

Co.		20 mg - 8,19 mg			
02472112	Lonsurf	Taiho	20	1525,00	76,2500

TROSPIMUM (CHLORURE DE) 

Co.		20 mg PPB			
02488353	Mar-Trospium	Marcan	60	36,65	➔ 0,6108
02275066	Trosec	Sunovion	60	36,65	➔ 0,6108

UROFOLLITROPINE 

Pd. Inj.		75 UI			
02268140	Bravelle	Ferring	5	265,00	53,0000

USTEKINUMAB 

Sol. Inj. S.C. (ser)		45 mg/0,5 mL			
02320673	Stelara	Janss. Inc	1	4311,72	

Sol. Inj. S.C. (ser)		90 mg/1 mL			
02320681	Stelara	Janss. Inc	1	4311,72	

VALGANCICLOVIR (CHLORHYDRATE DE) 

Co.		450 mg PPB			
02393824	Apo-Valganciclovir	Apotex	60	348,19	➔ 5,8032
02435179	Auro-Valganciclovir	Aurobindo	60	348,19	➔ 5,8032
			100	580,31	➔ 5,8031
02495457	Mint-Valganciclovir	Mint	60	348,19	➔ 5,8032
02413825	Teva-Valganciclovir	Teva Can	60	348,19	➔ 5,8032
02245777	Valcyte	Roche	60	1371,49	22,8582

Susp. Orale		50 mg/mL			
02306085	Valcyte	Roche	100 ml	253,98	2,5398

VEDOLIZUMAB 

Pd. Perf. I.V.		300 mg			
02436841	Entyvio	Takeda	1	3290,00	

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VÉMURAFÉNIB 

Co.			240 mg		
02380242	Zelboraf	Roche	56	1911,59	34,1355

VÉNÉTOCLAX 

Co.			10 mg		
02458039	Venclexta	AbbVie	2	13,60	6,8000

Co.			50 mg		
02458047	Venclexta	AbbVie	1	33,99	33,9900

Co.			100 mg		
02458055	Venclexta	AbbVie	1	67,99	67,9875
			120	8158,50	67,9875

VERTÉPORFINE 

Pd. Inj. I.V.			15 mg		
02242367	Visudyne	Cheplaphar	1	1703,10	

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE) / UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') / FLUTICASONE (FUROATE DE) 

Pd. pour inh. (App.)			25 mcg - 62,5 mcg - 100 mcg/dose		
02474522	Trelegy Ellipta	GSK	30 dose(s)	132,20	

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/FLUTICASONE (FUROATE DE) 

Pd. pour Inh.			25 mcg - 100 mcg/dose		
02408872	Breo Ellipta	GSK	30 dose(s)	82,20	

Pd. pour Inh.			25 mcg -200 mcg/dose		
02444186	Breo Ellipta	GSK	30 dose(s)	116,90	

VILANTÉROL (TRIFÉNATATE DE)/UMÉCLIDINIUM (BROMURE D') 

Pd. pour inh. (App.)			25 mcg - 62,5 mcg/dose		
02418401	Anoro Ellipta	GSK	30 dose(s)	63,00	

VISMODEGIB 

Caps.			150 mg		
02409267	Erivedge	Roche	28	8238,26	294,2236

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VORICONAZOLE

Co.		50 mg PPB			
02409674	<i>Apo-Voriconazole</i>	Apotex	30	95,87	➔ 3,1957
02399245	<i>Sandoz Voriconazole</i>	Sandoz	30	95,87	➔ 3,1957
02396866	<i>Teva-Voriconazole</i>	Teva Can	30	95,87	➔ 3,1957
02256460	<i>Vfend</i>	Pfizer	30	370,53	12,3510

Co.		200 mg PPB			
02409682	<i>Apo-Voriconazole</i>	Apotex	30	383,33	➔ 12,7777
02399253	<i>Sandoz Voriconazole</i>	Sandoz	30	383,33	➔ 12,7777
02396874	<i>Teva-Voriconazole</i>	Teva Can	30	383,33	➔ 12,7777
02256479	<i>Vfend</i>	Pfizer	30	1481,49	49,3830

Pd. Perf. I.V.		200 mg			
02256487	<i>Vfend</i>	Pfizer	1	145,55	

ZOLÉDRONIQUE (ACIDE)

Sol. Perf. I.V.		4 mg/5 mL PPB			
02422425	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Dr Reddy's	5 ml	➔ 134,61	
02434458	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Fresenius	5 ml	➔ 134,61	
02444739	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Juno	5 ml	➔ 134,61	
02472805	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Marcan	5 ml	➔ 134,61	
02421550	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Pfizer	5 ml	➔ 134,61	
02415186	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Taro	5 ml	➔ 134,61	
02407639	<i>Acide zolédronique pour injection</i>	Teva Can	5 ml	➔ 134,61	
02401606	<i>Acide zolédronique-Z</i>	Sandoz	5 ml	➔ 134,61	
02482525	<i>Jamp-Zoledronic Acid</i>	Jamp	5 ml	➔ 134,61	
02403056	<i>pms-Zoledronic Acid</i>	Phmscience	5 ml	➔ 134,61	
02248296	<i>Zometa</i>	Novartis	5 ml	538,45	

Sol. Perf. I.V.		5 mg/ 100 mL PPB			
02422433	<i>Acide zolédronique injectable</i>	Dr Reddy's	1	➔ 335,40	
02408082	<i>Acide zolédronique injectable</i>	Teva Can	1	➔ 335,40	
02269198	<i>Aclasta</i>	Novartis	1	668,60	
02415100	<i>Injection d'acide zolédronique</i>	Taro	1	➔ 335,40	

FOURNITURES

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

FOURNITURES ⁶

AIGUILLE JETABLE AVEC DISPOSITIF DE SÉCURITÉ POUR AUTO-INJECTEUR D'INSULINE ⁹

99100517			1		
----------	--	--	---	--	--

AIGUILLE JETABLE POUR AUTO-INJECTEUR

99002108			1		
----------	--	--	---	--	--

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES DE MÉTHOTREXATE

99101194			1		
----------	--	--	---	--	--

CHAMBRE D'ESPACEMENT

99002116			1		
----------	--	--	---	--	--

CHAMBRE D'ESPACEMENT ET MASQUE

99002124			1		
----------	--	--	---	--	--

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN MÉDICAMENT EN SITUATION D'URGENCE ²³

99113729			1		
----------	--	--	---	--	--

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN ²³

99113726			1		
----------	--	--	---	--	--

6 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

9 Le remboursement de ce type de fourniture est permis pour les personnes porteuses d'une infection transmissible par le sang.

23 Prix maximal remboursable : 0,50. Aucun excédent ne peut être réclamé à la personne assurée, même si le prix d'acquisition excède ce prix maximal remboursable.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

ENSEMBLE DE FOURNITURES NÉCESSAIRES À L'ADMINISTRATION D'UN VACCIN COVID-19 (AVEC SERINGUE FOURNIE PAR LE GOUVERNEMENT) ²⁴

99113862			1		
----------	--	--	---	--	--

HÉPARINE SODIQUE

Sol. rinçage (ser.)				10 U/mL (3 et 5 mL)	
99113757	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	3 ml 5 ml	0,68 0,67	

Sol. rinçage (ser.)				100 U/mL (3 et 5 mL)	
99113759	<i>BD Posiflush héparine</i>	B-D	3 ml 5 ml	0,69 0,70	

MASQUE POUR CHAMBRE D'ESPACEMENT

99003643			1		
----------	--	--	---	--	--

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE POUR INSULINE

99002132			1	0,25 cc	
----------	--	--	---	---------	--

99002140			1	0,3 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002159			1	0,5 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002167			1	1,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

SERINGUE AVEC AIGUILLE JETABLE RÉTRACTABLE ¹³

99101335			1	3 cc	
----------	--	--	---	------	--

²⁴ Prix maximal remboursable : 0,25. Aucun excédent ne peut être réclamé à la personne assurée, même si le prix d'acquisition excède ce prix maximal remboursable.

¹³ Les seringues et aiguilles rétractables sont remboursables uniquement lorsque facturées pour l'administration du naloxone (chlorhydrate de).

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SERINGUE ET AIGUILLE(S) JETABLES

99002345			1	1,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002558			1	2,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002205			1	3 cc	
----------	--	--	---	------	--

99002213			1	5 cc	
----------	--	--	---	------	--

99002221			1	10 cc	
----------	--	--	---	-------	--

SERINGUE JETABLE (SANS AIGUILLE)

99002337			1	1,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002531			1	2,0 cc	
----------	--	--	---	--------	--

99002175			1	3 cc	
----------	--	--	---	------	--

99002183			1	5 cc	
----------	--	--	---	------	--

99002191			1	10 cc	
----------	--	--	---	-------	--

99100668			1	20 cc	
----------	--	--	---	-------	--

99100669			1	30 cc	
----------	--	--	---	-------	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. de rinçage

0,9 % **PPB**

99100499	<i>BD Saline SP NaCl 0.9 %</i>	B-D	3 ml 5 ml 10 ml	0,90 0,95 1,00	
99100894	<i>Chlorure de Sodium</i>	MedXL	3 ml 5 ml 10 ml	0,85 0,90 0,95	➡ ➡ ➡

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

PRODUITS POUR MÉDICAMENT MAGISTRAL ⁶

AMPHOTÉRICINE B 

Pd. Inj.

50 mg

99100416			20 ml		
----------	--	--	-------	--	--

CYCLOSPORINE 

Sol. Inj.

99100387			1		
----------	--	--	---	--	--

CYSTÉAMINE 

Pd.

99113753			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

ÉRYTHROMYCINE 

Pd. (usage externe)

99100163			2 g		
----------	--	--	-----	--	--

GOUDRON MINÉRAL

00897361			25 g		
----------	--	--	------	--	--

GOUDRON VÉGÉTAL

00908169			100 ml		
----------	--	--	--------	--	--

HYDROCORTISONE

00900761			5 g		
----------	--	--	-----	--	--

HYDROCORTISONE (ACÉTATE D') 

00906689			10 g		
----------	--	--	------	--	--

⁶ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

LIQUOR CARBONIS DETERGENS

00903256			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

MÉTHADONE (CHLORHYDRATE DE) ®

00907561	<i>Méthadone</i>		1	1 g à 100 g	
----------	------------------	--	---	-------------	--

MITOMYCINE ☒

Pd. Inj.

99004518			1		
----------	--	--	---	--	--

NIFÉDIPINE ☒

Pd.

99113740			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

SALICYLIQUE (ACIDE)

00901164			50 g		
----------	--	--	------	--	--

SODIUM (BENZOATE DE) - INGRÉDIENT ACTIF

Pd.

99101236			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

SOUFRE (COLLOÏDAL)

00901725			50 g		
----------	--	--	------	--	--

SOUFRE (PRÉCIPITÉ)

00901733			500 g		
----------	--	--	-------	--	--

SOUFRE (SUBLIMÉ)

00896217			125 g		
----------	--	--	-------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

VANCOMYCINE (CHLORHYDRATE DE) 

Pd.

99100176			1 g		
----------	--	--	-----	--	--

VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

VÉHICULES, SOLVANTS OU ADJUVANTS ⁶

ACIDE CITRIQUE

Pd.

99001500			50 g		
----------	--	--	------	--	--

AIGUILLES JETABLES POUR SERINGUES

99005077			100		
----------	--	--	-----	--	--

BASES/ ÉMULSIONS ²²

99101014			1		
----------	--	--	---	--	--

BICARBONATE DE SODIUM

Pd.

99100058			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

BOUCHON SERINGUE STÉRILE

99100673			25		
----------	--	--	----	--	--

CARBOXYMÉTHYLCELLULOSE SODIQUE

00897175			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

CASSETTE OU SAC POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION

99002248			1		
----------	--	--	---	--	--

CHLOROFORME

99002752			100 ml		
----------	--	--	--------	--	--

⁶ Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

²² La quantité et le prix réel d'acquisition doivent être indiqués en grammes ou en millilitres selon le produit utilisé.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

DEXTROSE

Sol. Inj.

99002256			500 ml 1000 ml	5 %	
----------	--	--	-------------------	-----	--

DEXTROSE (MINI-SACS)

Sol. Inj.

00921289			25 ml 50 ml 100 ml 250 ml	5 %	
----------	--	--	------------------------------------	-----	--

EAU DISTILLÉE

00906719			4550 ml		
----------	--	--	---------	--	--

EAU POUR INJECTION (INHALOTHÉRAPIE)

00905178			2 ml 10 ml 30 ml 50 ml		
00905186			5 ml		

EAU POUR INJECTION/ ALCOOL BENZYLIQUE 0.9%

00906077			30 ml		
----------	--	--	-------	--	--

EAU POUR INJECTION/ ALCOOL BENZYLIQUE 1.5%

00402257			30 ml 50 ml		
----------	--	--	----------------	--	--

EAU POUR INJECTION/ PARABÈNES

00905445			30 ml		
----------	--	--	-------	--	--

EAU PURIFIÉE (DISTILLÉE, DÉMINÉRALISÉE OU AUTRES)

99101431			1 ml		
----------	--	--	------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

EAU STÉRILE INHALOTHÉRAPIE

00920282			3 ml 5 ml		
----------	--	--	--------------	--	--

EAU STÉRILE POUR INJECTION

99100407			250 ml 500 ml 1000 ml 2000 ml		
----------	--	--	--	--	--

EAU STÉRILE POUR INJECTION (PETITS VOLUMES)

99002264			5 ml 10 ml 20 ml 50 ml		
----------	--	--	---------------------------------	--	--

EAU STÉRILE POUR IRRIGATION

99101432			1 ml		
----------	--	--	------	--	--

ÉDULCORANTS (SAVEURS VARIÉES)

99002353			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

ÉTHANOL

Liq.

95 %

99002388			750 ml		
----------	--	--	--------	--	--

GÉLATINE (CAPSULE VIDE)

Caps.

99001519			1		
----------	--	--	---	--	--

GLYCÉRINE ⁵

00903159			100 ml		
----------	--	--	--------	--	--

5 Lorsqu'aucun prix n'est indiqué, le pharmacien peut acheter le produit de son choix. Le produit ainsi obtenu est alors considéré comme assuré et le prix payable par la Régie est le prix coûtant du pharmacien.

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

GLYCINE/ SODIUM (CHLORURE DE)

				94 mg -73,3 mg	
02230857	Flolan (diluant pour)	GSK	50 ml	10,36	

GOMME XANTHINE

99002760			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

HUILE D'AMANDE DOUCE

00907448			100 ml		
----------	--	--	--------	--	--

HUILE MINÉRALE

00906654			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

LACTOSE

00900834			500 g		
----------	--	--	-------	--	--

LANOLINE (HYDRATÉE)

00902659			450 g		
----------	--	--	-------	--	--

LARMES ARTIFICIELLES

Sol. Oph.

00921270			15 ml		
----------	--	--	-------	--	--

LIDOCAÏNE (CHLORHYDRATE DE)

Sol. Inj.

				1 % (2 mL à 5 mL)	
99101013			1		

MAGNÉSIMUM (HYDROXYDE DE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE D') SIMÉTHICONE

Susp. Orale

99100243			1 ml		
----------	--	--	------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

MAGNÉSIUM (HYDROXYDE)/ ALUMINIUM (HYDROXYDE)

Susp. Orale

99003376			1 ml		
----------	--	--	------	--	--

MÉTHYLCELLULOSE

00902365			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

Pd.

1 500 cps

99001527			500 g		
----------	--	--	-------	--	--

PARAFFINE MOLLE (BLANCHE)

00902691			450 g		
----------	--	--	-------	--	--

PARAFFINE MOLLE (JAUNE)

00902683			454 g		
----------	--	--	-------	--	--

PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (INTERMITTENT)

99002272			1		
----------	--	--	---	--	--

PERFUSEUR ELASTOMÉRIQUE (LONGUE DURÉE)

99002280			1		
----------	--	--	---	--	--

PROPYLÈNEGLYCOL

00903353			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

SAC VIDE POUR SOLUTE

Sac

99002299			1		
----------	--	--	---	--	--

SERINGUE POUR DISPOSITIF D'ADMINISTRATION

99002302			1		
----------	--	--	---	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	----------------	---------------

SIROP SIMPLE

00905038			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

SODIUM (BENZOATE DE) - ADJUVANT

Pd.

99001535			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

SODIUM (CHLORURE DE)

Sol. Inj.

99002310			500 ml	0,9 %	
			1000 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) (MINI-SAC)

Sol. Inj.

00921300			25 ml	0,9 %	
			50 ml		
			100 ml		
			250 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) (PETITS VOLUMES)

Sol. Inj.

99002329			5 ml	0,9 %	
			10 ml		
			20 ml		
			50 ml		

SODIUM (CHLORURE DE) INHALOTHÉRAPIE

99101482			3 ml	0,9 %	
----------	--	--	------	-------	--

SODIUM (CITRATE DE, ANHYDRE)

99002779			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

SORBITOL

99000555			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

CODE	MARQUE DE COMMERCE	FABRICANT	FORMAT	COÛT DU FORMAT	PRIX UNITAIRE
------	--------------------	-----------	--------	-------------------	---------------

TRAGACANTHE

Pd.

99002361			100 g		
----------	--	--	-------	--	--

VÉHICULE HUILEUX

99101192			500 ml		
----------	--	--	--------	--	--

VÉHICULES POUR SUSPENSION ORALE

Susp. Orale

250 ml à 473 ml

99101222			1		
----------	--	--	---	--	--

